Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

Anno 122° — Numero 66

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 7 marzo 1981 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 85101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

ALLA PARTE PRIMA - LEGISLATIVA

compresi gli indici mensili ed il fascicolo settimanale della Corte costituzionale, senza supplementi ordinari:

Annuo	L. 60.000
Semestrale	L. 33.000
Un fascicolo	L. 350

abbonamento a tutti i supplementi ordinari, esclusi quelli relativi alle leggi di bilancio e ai rendiconti dello Stato, ai concorsi ed alle specialità medicinali:

Annuo	L. 22.000
Semestrale	L. 12.000

abbonamento annuale ai supplementi ordinari relativi alle leggi di bilancio ed ai rendiconti dello Stato L. 25.000

abbonamento annuale ai supplementi ordinari relativi ai concorsi L. 20.000

abbonamento annuale ai supplementi ordinari relativi alle specialità medicinali L. 8.000

Supplementi ordinari, per la vendita a fascicoli separati L. 350 per ogni sedicesimo (sedici pagine) o frazione di esso

Fascicoli di annate arretrate: il doppio

ALLA PARTE SECONDA - INSERZIONI

Annuo	L. 52.000
Semestrale	L. 29.000

Un fascicolo L. 300 per ogni sedicesimo (sedici pagine) o frazione di esso

Fascicoli di annate arretrate: il doppio

Per l'ESTERO i prezzi di abbonamento e dei fascicoli separati sono il doppio di quelli indicati per l'interno

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione di una fascetta del relativo abbonamento

SOMMARIO

LEGGI E DECRETI

COMUNITA' EUROPEE

DISPOSIZIONI E COMUNICATI

CONCORSI ED ESAMI

REGIONI

Regione Marche

Regione Emilia-Romagna

LEGGI E DECRETI

LEGGE 28 febbraio 1981, n. **47.**

Modifiche ed integrazioni alle leggi 18 agosto 1978, n. 497, e 5 agosto 1978, n. 457, dirette a facilitare l'acquisizione da parte del Ministero della difesa di immobili da destinare ad alloggi e servizi per le Forze armate.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

L'articolo 4 della legge 18 agosto 1978, n. 497, è sostituito dal seguente:

« Il programma di cui al precedente articolo 2 sarà realizzato attraverso interventi biennali utilizzando aree ed immobili demaniali disponibili, in conformità alle norme ed agli strumenti urbanistici vigenti, ovvero anche in deroga ad essi ai sensi dell'articolo 3 della legge 21 dicembre 1955, n. 1357, e successive modificazioni e integrazioni. Le infrastrutture di cui al primo comma del successivo articolo 5 sono da considerarsi a tutti gli effetti quali opere destinate alla difesa nazionale e, pertanto, dovranno essere realizzate con l'eccezione prevista al secondo comma dell'articolo 31 della legge 17 agosto 1942, n. 1150, come modificato dall'articolo 10 della legge 6 agosto 1967, n. 765.

Nei casi in cui non siano disponibili o comunque non siano utilizzabili aree o immobili di cui al precedente comma, il Ministero della difesa è autorizzato ad acquistare dai comuni o ricevere in permuta dai medesimi in cambio di aree o fabbricati anche demaniali, la piena proprietà delle aree e dei fabbricati eventualmente su di esse insistenti, compresi nei piani di zona previsti dalla legge 18 aprile 1962, n. 167, o, in mancanza di questi, ai sensi dell'articolo 51 della legge 22 ottobre 1971, n. 865, nei limiti previsti dall'articolo 2 della legge 28 gennaio 1977, n. 10.

Nell'ipotesi in cui le aree da trasferire dal comune al Ministero della difesa siano ricomprese dal programma pluriennale di cui all'articolo 38 della legge 22 ottobre 1971, n. 865, nella quota da cedere in diritto di superficie, la deliberazione del comune che dispone la cessione in proprietà delle aree stesse costituisce modifica al programma pluriennale. La volumetria delle aree cedute può superare il limite massimo del 40 per cento di cui all'undicesimo comma dell'articolo 35 della legge 22 ottobre 1971, n. 865.

Il comune cedente ha facoltà di rideterminare, sempre entro i limiti di cui all'undicesimo comma dell'articolo 35 della legge 22 ottobre 1971, n. 865, le quote di aree da cedere in proprietà e in superficie con riferimento all'intero piano di zona, nel rispetto del regime delle aree già assegnate e con esclusione di quelle alienate al Ministero della difesa.

All'istanza del Ministero della difesa, intesa ad ottenere dai comuni la cessione della proprietà degli immobili di cui sopra, mediante compravendita o permuta, è data la preferenza rispetto a tutte le domande concorrenti. Detta istanza sarà accolta, in ogni caso, compatibilmente con il dimensionamento degli strumenti urbanistici sopra richiamati.

Il regime giuridico degli alloggi realizzati sulle aree suindicate è definito dalla presente legge anche in deroga a quanto disposto dall'articolo 35 della legge 22 ottobre 1971, n. 865.

Sempre nei casi in cui non siano disponibili o comunque non siano utilizzabili aree o immobili di cui al primo comma, il Ministero della difesa è altresì autorizzato:

a stipulare permute di aree o fabbricati demaniali non idonei alle finalità di cui al precedente articolo 1 con idonee aree o alloggi di tipo economico, anche di maggior valore, di proprietà dei comuni e, in subordine, di altri soggetti pubblici, mediante conguaglio a carico degli stanziamenti previsti dalla presente legge o a favore dell'erario. In quest'ultimo caso, il relativo importo è versato in tesoreria per essere riassegnato all'Amministrazione della difesa per le finalità di cui al precedente articolo 1. Si applicano in quanto non derogate e compatibili, le disposizioni di cui al regio decreto-legge 10 settembre 1923, n. 2000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, sostituendo la commissione di cui all'articolo 4 con il comitato di cui all'articolo 23 della presente legge;

a stipulare permute di aree o fabbricati demaniali non idonei alle finalità di cui al precedente articolo 1 con alloggi di tipo economico anche di maggior valore, da costruire da parte dei comuni, o di altri soggetti pubblici, su suoli anche demaniali, procedendo all'eventuale conguaglio secondo le medesime modalità;

ad acquisire aree non comprese nei piani di zona con l'applicazione delle disposizioni contenute nella legge 3 gennaio 1978, n. 1, e a stipulare, sentiti i comuni che esprimono parere non vincolante entro quindici giorni dalla data di ricezione della comunicazione del Ministro della difesa, con gli istituti di previdenza del Ministero del tesoro o con altri enti di previdenza, ai sensi della legge 27 luglio 1978, n. 392, sino al completamento del programma di acquisizione di alloggi di servizio previsto dalla presente legge, convenzioni per la locazione di fabbricati di proprietà degli stessi, da concedere in sublocazione ai propri dipendenti secondo quanto previsto dal successivo articolo 20.

Il Ministero della difesa provvede, con gli stanziamenti inscritti nel capitolo 2802 del proprio stato di previsione relativo all'esercizio finanziario 1980 e nei capitoli corrispondenti per i successivi esercizi, alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili in argomento, alla gestione degli edifici ed al versamento dei relativi canoni, operando le conseguenti ritenute stipendiali per le somme dovute dai sublocatari da versare in tesoreria con imputazione al capo X delle entrate statali per la successiva riassegnazione allo stato di previsione del Ministero della difesa, ai sensi dell'articolo 21 del regio decreto 2 febbraio 1928, n. 263.

Gli alloggi di cui al presente articolo non sono soggetti alle norme di legge limitative della disponibilità degli alloggi di proprietà degli istituti di previdenza.

Il valore di tutte le aree e di tutti gli immobili oggetto di negozi di trasferimento ai sensi del presente articolo fra Ministero della difesa, comuni ed altri soggetti pubblici, sia se effettuati a titolo di compravendita che di permuta, sarà determinato dal competente ufficio tecnico erariale entro novanta giorni con i criteri previsti dalla legge 22 ottobre 1971, n. 865, e successive modificazioni ed integrazioni. Nei casi di cessione al Ministero della difesa da parte dei comuni di immobili e di aree comprese nei piani per l'edilizia economica e popolare all'importo, risultante dalla stima come sopra compiuta, sarà aggiunto il costo delle opere di urbanizzazione pertinenti alla volumetria relativa alle aree e agli immobili ceduti.

Le permute di immobili demaniali di cui al presente articolo effettuate dal Ministero della difesa con i comuni e con altri soggetti pubblici — alle quali si procederà, come per tutte le altre cessioni di immobili demaniali che in forza di atti di permuta o compravendita interverranno ai fini della presente legge fra i predetti soggetti, a trattativa privata — non sono sottoposte alle limitazioni di cui al regio decreto-legge 10 settembre 1923, n. 2000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473.

Il Ministero della difesa è autorizzato ad acquisire immobili residenziali privati e, ove possibile, nell'ambito dell'edilizia convenzionata.

Le opere e gli interventi previsti dalla presente legge sono dichiarati di pubblica utilità, urgenti ed indifferibili. Ad essi si applicano le disposizioni della legge 3 gennaio 1978, n. 1 ».

Art. 2.

Dopo l'articolo 46 della legge 5 agosto 1978, n. 457, sono inseriti i seguenti articoli:

« Art. 46-*bis*. — Gli alloggi realizzati da imprese di costruzione e loro consorzi nell'ambito dei piani di zona di cui alla legge 18 aprile 1962, n. 167, sia su aree in regime di diritto di superficie, sia su aree in regime di proprietà possono essere venduti dai soggetti costruttori, qualunque sia il tipo di finanziamento utilizzato ed ai prezzi fissati nella convenzione di cui all'articolo 35 della legge 22 ottobre 1971, n. 865, al Ministero della difesa per i fini di cui alla legge 18 agosto 1978, n. 497.

In tal caso, gli oneri stabiliti nella convenzione stipulata tra il costruttore ed il comune, ai sensi del richiamato articolo 35, non si trasferiscono al Ministero acquirente.

Qualora gli alloggi siano costruiti su aree in regime di diritto di superficie, il Ministero della difesa acquisirà anche in tal caso la piena proprietà delle aree stesse, in deroga all'articolo 35 della legge 22 ottobre 1971, n. 865.

A tale effetto alla compravendita interviene anche il comune, al quale, in cambio dei residui diritti ceduti al Ministero della difesa, sarà dovuto un importo pari al valore dell'immobile determinato con i criteri indicati nel quinto comma dell'articolo successivo dedotto il corrispettivo della concessione del diritto di superficie già gravante sull'impresa concessionaria.

L'assegnazione degli alloggi acquistati a norma dei precedenti commi è disciplinata esclusivamente dalle disposizioni contenute nella legge 18 agosto 1978, n. 497 ».

« Art. 46-*ter*. — Al fine di consentire ai comuni di acquisire aree o fabbricati anche demaniali disponibili in uso al Ministero della difesa, le regioni interessate possono inoltrare al Ministero stesso specifica richiesta.

In caso di accettazione, le regioni ne informeranno i comuni territorialmente competenti nonchè quelli limitrofi, i quali, qualora siano interessati all'acquisizione di detti beni, dovranno inoltrare al Ministero della difesa formale istanza di acquisto, entro novanta giorni dalla suddetta comunicazione di accettazione.

In presenza di tale istanza, il Ministero della difesa è autorizzato, qualora lo ritenga conveniente, a vendere al comune interessato la proprietà degli immobili richiesti, contestualmente all'acquisto degli alloggi e delle aree di cui al precedente articolo.

In tal caso, gli atti di vendita e di acquisto sono approvati con unico provvedimento ed i rapporti di credito e debito da essi scaturenti si considerano definitivamente estinti con l'accollo da parte del comune, salvi i necessari conguagli, del debito gravante sul Ministero della difesa, a seguito delle acquisizioni realizzate, sia verso il comune, sia verso le imprese di costruzione e loro consorzi.

Il valore degli immobili da cedere da parte del Ministero della difesa ai comuni sarà determinato, con i criteri previsti dalla legge 22 ottobre 1971, n. 865, e successive modificazioni e integrazioni, dal competente ufficio tecnico erariale entro novanta giorni.

Gli atti di trasferimento di immobili demaniali fra Ministero della difesa e comuni — ai quali si provvederà, come per quelli di immobili non demaniali, a trattiva privata — non sono sottoposti alle limitazioni di cui al regio decreto-legge 10 settembre 1923, n. 2000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473 ».

Art. 3.

Dopo l'ultimo comma dell'articolo 23 della legge 18 agosto 1978, n. 497, è aggiunto il seguente:

« I verbali del comitato sono consegnati in copia al Parlamento. Il comitato riceve in copia dagli uffici competenti gli atti relativi alle modificazioni subite dai contratti autorizzati. Annualmente il comitato compila una relazione, da trasmettere al Parlamento in occasione della approvazione del bilancio di previsione dello Stato, con la quale descrive la natura e la entità di dette variazioni, con particolare riferimento a quelle di prezzo, di progetto, di qualità e di misura dei beni e dei servizi comunque oggetto di transazione per le finalità di attuazione del piano ».

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserta nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 28 febbraio 1981

PERTINI

FORLANI — LAGORIO —
NICOLAZZI — REVIGLIO —
LA MALFA — ANDREATTA

Visto, *il Guardasigilli*: SARTI

LEGGE 28 febbraio 1981, n. 48.

Interpretazione autentica del secondo comma dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 1979, n. 653, concernente sistemazione del personale dell'ufficio per l'accertamento e la notifica degli sconti farmaceutici ai fini della sua applicazione in provincia di Bolzano.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Articolo unico

Ai fini dell'applicazione della legge 24 dicembre 1979, n. 653, al personale dell'ufficio per l'accertamento e la notifica degli sconti farmaceutici, in servizio nell'ambito della circoscrizione territoriale della cassa mutua provinciale di malattia di Bolzano anteriormente al 1° dicembre 1976, non è richiesto il requisito della conoscenza della lingua italiana e della lingua tedesca, previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1976, n. 752, per le assunzioni nel pubblico impiego in provincia di Bolzano.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserta nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 28 febbraio 1981

PERTINI

FORLANI — FOSCHI

Visto, *il Guardasigilli:* SARTI

LEGGE 4 marzo 1981, n. 49.

Proroga per gli anni 1978, 1979, 1980 e 1981 dell'indennità mensile a favore dei segretari comunali che prestano servizio nei comuni, nelle comunità montane e nella comunità collinare delle zone terremotate del Friuli.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Il termine di validità dell'articolo 8, ultimo comma, del decreto-legge 18 settembre 1976, n. 648, convertito, con modificazioni, nella legge 30 ottobre 1976, n. 730, è prorogato per gli anni 1978, 1979, 1980 e 1981.

Art. 2.

L'onere complessivo di L. 1.100.000.000 è a carico dei comuni interessati, con assunzione della parte di spesa di loro competenza nei rispettivi bilanci.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserta nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 4 marzo 1981

PERTINI

FORLANI — ROGNONI — LA MALFA — ANDREATTA

Visto, *il Guardasigilli:* SARTI

ERRATA-CORRIGE

(Decreto-legge 28 febbraio 1981, n. 37)

Nell'art. 4 del decreto-legge 28 febbraio 1981, n. 37, concernente misure urgenti in materia di assistenza sanitaria, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 60 del 2 marzo 1981, al primo comma, dove è scritto: «...rilasciata da *una* dei servizi di cui all'art. 34...», leggasi: «...rilasciata da *uno* dei servizi di cui all'art. 34...».

DECRETO MINISTERIALE 17 ottobre 1980.

Determinazione del concorso annuo sugli interessi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 101 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 1523.

IL MINISTRO DEL TESORO

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO PER GLI INTERVENTI STRAORDINARI NEL MEZZOGIORNO

E

IL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO

Visto il testo unico delle leggi sul Mezzogiorno, di cui al decreto del Presidente della Repubblica in data 30 giugno 1967, n. 1523;

Visto, in particolare, l'art. 101 del citato testo unico (già art. 12 della legge 26 giugno 1965, n. 717), il quale autorizza la Cassa per il Mezzogiorno a concedere agli istituti di credito contemplati dal primo comma dello stesso articolo un concorso, nei limiti e con le modalità determinate con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e con il Ministro per l'industria, il commercio e l'artigianato, sugli interessi relativi alle obbligazioni emesse per il finanziamento di iniziative industriali nei territori meridionali, oppure, limitatamente agli istituti aventi sede fuori dei territori meridionali, un concorso sugli interessi relativi a singole operazioni di finanziamento effettuate con fondi propri;

Visto l'art. 10 della legge 6 ottobre 1971, n. 853, il quale, nel prevedere nuove norme relative alle agevolazioni a favore delle iniziative industriali e commerciali, stabilisce, al comma 16, che restano ferme le norme di cui all'art. 101 del citato testo unico n. 1523, per quanto concerne i compiti della Cassa per il Mezzogiorno;

Visti gli articoli 151, 3° cpv., e 173 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1978, n. 218;

Visto il proprio decreto in data 12 giugno 1976, registrato alla Corte dei conti, addì 22 giugno successivo,

registro n. 17 Tesoro, foglio n. 325, con il quale è stato determinato nelle misure del 15,45% (istituti speciali meridionali) e del 15,35% (altri istituti) il tasso da assumere come base per il calcolo del contributo negli interessi, a carico della Cassa per il Mezzogiorno;

Visto il proprio decreto in data 12 aprile 1977, registrato alla Corte dei conti il 6 giugno 1977, registro n. 13 Tesoro, foglio n. 17, con il quale è stato rideterminato nella misura del 15,95% il predetto tasso base;

Visto il proprio decreto del 18 maggio 1977, registrato alla Corte dei conti il 6 giugno 1977, registro n. 13 Tesoro, foglio n. 14, con il quale il ripetuto tasso è stato variato al 15,80%;

Visto il proprio decreto del 29 luglio 1977, registrato alla Corte dei conti il 13 agosto 1977, registro n. 18 Tesoro, foglio n. 218, con il quale il tasso stesso è stato variato al 15,90%;

Visto il proprio decreto del 29 settembre 1977, registrato alla Corte dei conti il 5 novembre 1977, registro n. 24 Tesoro, foglio n. 130, con il quale il tasso è stato variato al 15,80%;

Visto il proprio decreto del 4 gennaio 1978, registrato alla Corte dei conti l'8 febbraio 1978, registro n. 4 Tesoro, foglio n. 177, con il quale il tasso di riferimento è stato variato al 15,75%;

Visto il proprio decreto del 3 maggio 1978, registrato alla Corte dei conti il 15 maggio 1978, registro n. 12 Tesoro, foglio n. 91, con il quale il tasso di riferimento è stato variato al 15,55%;

Visto il proprio decreto del 19 settembre 1978, registrato alla Corte dei conti il 12 ottobre 1978, registro n. 23 Tesoro, foglio n. 37, con il quale il predetto tasso è stato variato al 15,50%;

Visto il proprio decreto del 23 novembre 1978, registrato alla Corte dei conti il 31 gennaio 1979, registro n. 4 Tesoro, foglio n. 12, con il quale il ripetuto tasso è stato variato al 15,25%;

Visto il proprio decreto del 15 maggio 1979, registrato alla Corte dei conti il 25 giugno 1979, registro n. 14 Tesoro, foglio n. 81, con il quale il tasso di riferimento è stato variato al 15,35%;

Visto il proprio decreto del 17 settembre 1979, registrato alla Corte dei conti il 2 ottobre 1979, registro n. 19 Tesoro, foglio n. 239, con il quale il predetto tasso è stato variato al 15,40%;

Visto il proprio decreto del 2 aprile 1980, registrato alla Corte dei conti il 23 aprile 1980, registro n. 10 Tesoro, foglio n. 144, con il quale il tasso di riferimento è stato variato al 15,90%;

Visto il proprio decreto del 18 agosto 1980, registrato alla Corte dei conti il 27 settembre 1980, registro n. 18 Tesoro, foglio n. 310, con il quale il tasso di riferimento è stato ulteriormente variato al 16,10%;

Considerato che, in relazione al contributo in conto interessi che la Cassa per il Mezzogiorno è autorizzata a corrispondere sui finanziamenti già concessi in base alle citate leggi n. 717 e n. 853 e non ancora perfezionati con la stipula dei relativi contratti, occorre nuovamente adeguare il predetto tasso di riferimento alle attuali condizioni del mercato monetario e finanziario;

Decreta:

Art. 1.

Il concorso annuo sugli interessi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 101 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 1523, è determinato in misura pari alla differenza tra la rata prevista nel piano di ammortamento calcolato al tasso di riferimento del 16,95% e la rata prevista nel piano di ammortamento calcolata al tasso agevolato.

L'anzidetto contributo sarà corrisposto sulle obbligazioni il cui ricavato venga acquisito dopo la data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del presente decreto, oppure, nei casi previsti dal citato art. 101, sulle singole operazioni perfezionate, con la stipula dei relativi contratti, successivamente alla pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale*.

Per il ricavo delle obbligazioni già assunte e per le singole operazioni da effettuare, invece, con fondi acquisiti attraverso emissioni obbligazionarie già collocate alla data di entrata in vigore del presente decreto si applica il tasso di riferimento determinato sulla base di quanto dispone l'art. 1 del precedente decreto del 18 agosto 1980, citato in premessa.

Art. 2.

Il contributo di cui al precedente articolo sarà corrisposto direttamente agli istituti di credito finanziatori e precisamente:

a) per le emissioni obbligazionarie, in corrispondenza delle scadenze previste nei relativi piani di ammortamento;

b) per i singoli finanziamenti accordati dagli istituti all'uopo autorizzati, in corrispondenza di ciascuna rata di rimborso dei singoli mutui agevolati.

Art. 3.

Il concorso sugli interessi di cui ai precedenti articoli non potrà essere accordato, quanto alle nuove iniziative, per un periodo superiore ad anni 15 (ivi compreso il periodo di utilizzo e di preammortamento per una durata massima di anni 5) e, quanto agli ampliamenti, conversioni e rinnovi di iniziative preesistenti per un periodo superiore ad anni 10 (ivi compreso il periodo di utilizzo e di preammortamento per una durata massima di anni 2).

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 17 ottobre 1980

Il Ministro del tesoro
PANDOLFI

Il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno
CAPRIA

Il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato
BISAGLIA

Registrato alla Corte dei conti, addì 18 febbraio 1981
Registro n. 5 Tesoro, foglio n. 187

(1327)

DECRETO MINISTERIALE 27 gennaio 1981.

Determinazione del tasso da assumere come base, per l'anno 1981, ai fini del calcolo del contributo in conto interessi a carico dello Stato e delle regioni sulle operazioni di credito turistico-alberghiero.

IL MINISTRO DEL TESORO

Vista la legge 12 marzo 1968, n. 326, recante provvidenze per la razionalizzazione e lo sviluppo della ricettività alberghiera e turistica;

Visto l'art. 109, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616;

Visto l'art. 5 del proprio decreto in data 19 agosto 1980, registrato alla Corte dei conti il 4 dicembre 1980, registro n. 24 Tesoro, foglio n. 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 343 del 16 dicembre 1980, con il quale il tasso di riferimento per le operazioni effettuate con fondi non provenienti dal collocamento di titoli obbligazionari (casse di risparmio) è stato confermato nella misura del 17,50 per cento;

Considerata la necessità di provvedere alla determinazione della misura massima del citato tasso di riferimento sulle operazioni di credito turistico-alberghiero per l'anno 1981, con riserva di modificare la misura di tale tasso nel corso dello stesso anno 1981, in relazione alle variazioni delle condizioni del mercato monetario;

Ritenuta l'urgenza, ai sensi dell'art. 14 del regio decreto-legge 12 marzo 1936, n. 375, e successive integrazioni, in relazione alla necessità di determinare tale tasso con l'impegno di dare comunicazione del presente decreto al Comitato interministeriale per il credito ed il risparmio nella prossima adunanza;

Decreta:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 della legge 12 marzo 1968, n. 326, nonché dell'art. 109, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, il tasso massimo da assumere come base per il calcolo del contributo in conto interessi sulle operazioni di credito agevolato previste dalle disposizioni sopra richiamate e dalle leggi regionali recanti agevolazioni creditizie a favore del settore turistico-alberghiero, è determinato nella misura del 19 per cento annuo posticipato.

Il predetto tasso massimo d'interesse si applica alle operazioni effettuate con fondi non provenienti dal collocamento di titoli obbligazionari (casse di risparmio) e potrà essere modificato, come specificato nelle premesse, in relazione alle variazioni delle condizioni del mercato monetario.

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 27 gennaio 1981

Il Ministro: ANDREATTA

Registrato alla Corte dei conti, addì 18 febbraio 1981
Registro n. 5 Tesoro, foglio n. 194

(1329)

DECRETO MINISTERIALE 27 gennaio 1981.

Determinazione del tasso da assumere come base, per l'anno 1981, ai fini del calcolo del contributo in conto interessi da corrispondersi dalla Cassa per il credito alle imprese artigiane e dalle regioni sui finanziamenti a favore delle imprese artigiane.

IL MINISTRO DEL TESORO

Vista la legge 25 luglio 1952, n. 949, recante provvedimenti per lo sviluppo dell'economia e l'incremento dell'occupazione e, in particolare, le disposizioni del capo VI relative al credito all'artigianato e successive modificazioni e integrazioni;

Vista la legge 7 agosto 1971, n. 685;

Visto l'art. 109, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616;

Visto il proprio decreto in data 18 novembre 1980, registrato alla Corte dei conti il 26 novembre 1980, registro n. 23 Tesoro, foglio n. 82, con il quale il tasso massimo da assumere come base per il calcolo del contributo in conto interessi sulle operazioni di credito a favore delle imprese artigiane è stato fissato nella misura del 19 per cento annuo posticipato;

Considerata la necessità di provvedere alla determinazione della misura massima del suddetto tasso di interesse per l'anno 1981 con riserva di modificare la misura di tale tasso nel corso dello stesso anno 1981, in relazione alle variazioni delle condizioni del mercato monetario;

Ritenuta l'urgenza, ai sensi dell'art. 14 del regio decreto-legge 12 marzo 1936, n. 375, e successive integrazioni, in relazione alla necessità di determinare tale tasso con l'impegno di dare comunicazione del presente decreto al Comitato interministeriale per il credito ed il risparmio nella prossima adunanza;

Decreta:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 della legge 7 agosto 1971, n. 685, nonché dell'art. 109, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, il tasso massimo da assumere come base per il calcolo del contributo in conto interessi da corrispondersi dalla Cassa per il credito alle imprese artigiane e dalle regioni sui finanziamenti a favore delle imprese artigiane, è determinato per l'anno 1981 nella misura del 19 per cento annuo posticipato.

Il tasso suindicato potrà essere modificato, come specificato nelle premesse, in relazione alle variazioni delle condizioni del mercato monetario.

Il presente decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 27 gennaio 1981

Il Ministro: ANDREATTA

Registrato alla Corte dei conti, addì 18 febbraio 1981
Registro n. 5 Tesoro, foglio n. 193

(1328)

DECRETO MINISTERIALE 18 febbraio 1981.

Liquidazione coatta amministrativa della società cooperativa edilizia a r.l. « Ornella », in Roma, e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO
DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Tenuto conto della sentenza in data 18-19 giugno 1980 con la quale il tribunale di Roma ha dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa edilizia a r.l. « Ornella » con sede in Roma;

Ritenuta la necessità di sottoporre la cooperativa in parola alla procedura della liquidazione coatta amministrativa;

Visti gli articoli 2540 del codice civile e 194 e seguenti del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Decreta:

La società cooperativa edilizia a r.l. « Ornella », con sede in Roma, costituita per rogito notaio Vincenzo Pompili di Roma, in data 8 novembre 1954, è posta in liquidazione coatta amministrativa ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 2540 del codice civile e 194 e seguenti del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, e l'avv. Giovanni Marrapese è nominato commissario liquidatore.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 18 febbraio 1981

p. *Il Ministro*: CASTELLI

(1302)

DECRETO MINISTERIALE 20 febbraio 1981.

Determinazione delle classi iniziali di contribuzione e delle corrispondenti retribuzioni imponibili per i lavoratori soci di società cooperative e di organismi di fatto operanti nella provincia di Ravenna.

IL MINISTRO
DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1970, n. 602, recante il riassetto previdenziale ed assistenziale di particolari categorie di lavoratori soci di società e di enti cooperativi, anche di fatto, che prestino la loro attività per conto delle società ed enti medesimi;

Visto l'art. 6, primo comma, del citato decreto, in base al quale per i lavoratori soci di società cooperative e di organismi di fatto possono essere determinate, per provincia o per zona, nonché per settori di attività merceologiche, la classe iniziale di contribuzione e la corrispondente retribuzione imponibile ai fini dell'applicazione dei contributi base ed integrativi per la assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti gestita dall'Istituto nazionale della previdenza sociale;

Visto il decreto ministeriale 29 luglio 1978, con il quale, in conseguenza della revisione triennale disposta dall'art. 4, ultimo comma, del ripetuto decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1970, n. 602, sono state variate in aumento le misure degli imponibili giornalieri fermi restando i periodi di occupazione mensile precedentemente stabiliti con decreto ministeriale del 20 novembre 1974;

Visto l'art. 18 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, con il quale a decorrere dal periodo di paga in corso al 1° gennaio 1980 il limite minimo di retribuzione giornaliera per i lavoratori soci di società e di enti cooperativi, anche di fatto, e loro organismi associati, soggetti alle norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1970, n. 602, è stabilito per tutte le contribuzioni dovute in materia di previdenza ed assistenza sociale in lire seimila;

Rilevata in conseguenza l'intervenuta alterazione del rapporto tra la misura dei nuovi imponibili giornalieri assunti per il calcolo dei contributi per le varie forme di previdenza ed assistenza sociale dei lavoratori in questione e l'importo delle classi iniziali di contribuzione precedentemente adottate ai fini del calcolo dei contributi base ed integrativi per l'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti;

Ritenuto pertanto possibile procedere a nuova determinazione di classi iniziali di contribuzione ai sensi dell'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1970, n. 602, in presenza di apposite richieste delle categorie interessate;

Viste le classi di contribuzione di cui alla tabella *A* allegata al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1968, n. 488;

Sentite le organizzazioni sindacali interessate;

Decreta:

Ai fini dell'applicazione dei contributi dovuti per l'assicurazione invalidità, vecchiaia e superstiti, gestita dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, per le categorie sottoelencate di lavoratori soci di cooperative e di organismi di fatto operanti nella provincia di Ravenna la classe iniziale di contribuzione è determinata nella ventiseiesima con corrispondente retribuzione imponibile di L. 463.000:

1) facchinaggio svolto anche con l'ausilio di mezzi meccanici o diversi comprese attività preliminari e complementari di facchinaggio;

2) facchinaggio svolto presso lo scalo ferroviario;

3) trasporto di merci per conto terzi, comprese attività preliminari e complementari del trasporto (Autotrasportatori, gruisti, trattoristi non agricoli, escavatoristi, carellisti, autosollevatori, ecc.);

4) mattazione e scuoiatura.

Il presente decreto entra in vigore dal primo periodo di paga successivo a quello in corso alla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 20 febbraio 1981

Il Ministro: FOSCHI

(1258)

DECRETO MINISTERIALE 26 febbraio 1981.
Variante al programma di edilizia penitenziaria.

IL GUARDASIGILLI
MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DI CONCERTO CON
IL MINISTRO DEI LAVORI PUBBLICI

Visto l'art. 1 della legge 12 dicembre 1971, n. 1133, con il quale è stato autorizzato uno stanziamento di lire 100 miliardi per la costruzione, il completamento e la permuta di edifici destinati ad istituti di prevenzione e pena;

Visto l'art. 4 della citata legge 12 dicembre 1971, n. 1133;

Visto l'art. 1 della legge 1° luglio 1977, n. 404, con il quale è stato aumentato di lire 400 miliardi lo stanziamento previsto dall'art. 1 della legge 12 dicembre 1971, n. 1133;

Visto l'art. 25 della legge 24 aprile 1980, n. 146, con il quale è stata autorizzata l'ulteriore complessiva spesa di lire 150 miliardi per l'attuazione del programma di intervento di cui alle suddette leggi 12 dicembre 1971, n. 1133 e 1° luglio 1977, n. 404;

Visto il decreto ministeriale 4 novembre 1977, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 336 del 10 dicembre 1977;

Visto il decreto interministeriale in data 11 marzo 1978, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 21 marzo 1978;

Visto il decreto interministeriale in data 16 marzo 1978, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 14 del 30 maggio 1978;

Visto il decreto interministeriale in data 22 giugno 1978, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 188 del 7 luglio 1978;

Visto il decreto interministeriale in data 5 marzo 1979, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 82 del 22 marzo 1979;

Visto il decreto interministeriale in data 13 giugno 1979, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 173 del 26 giugno 1979;

Visto il decreto interministeriale in data 27 luglio 1979, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 213 del 4 agosto 1979;

Visto il decreto interministeriale in data 22 novembre 1979, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 324 del 28 novembre 1979;

Visto il decreto interministeriale in data 2 aprile 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 102 del 14 aprile 1980;

Visto il decreto interministeriale in data 18 settembre 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 262 del 26 settembre 1980;

Visto il decreto interministeriale in data 16 ottobre 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 21 ottobre 1980;

Visto il decreto interministeriale in data 12 novembre 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 314 del 15 novembre 1980;

Premesso che si rende necessario ed urgente provvedere al completamento delle opere concernenti gli istituti penitenziari di: Alba - Vercelli - Spoleto - Ivrea - Cosenza - Ariano Irpino - Rimini - Palmi - Crotone - Firenze C.C. - Firenze C.P.M. - Firenze M.V. - Livorno - Ancona C.C. - Ancona C.P.M. - Foggia - Paola - Catanzaro;

Considerato che la complessiva somma di lire 33.960.000.000 sarà prelevata dai fondi di cui all'art. 25 della legge 24 aprile 1980, n. 146;

Ritenuta, pertanto, la necessità di provvedere a quanto in premessa;

Decreta:

Per la completa realizzazione degli Istituti penitenziari di cui in premessa viene concessa la complessiva somma di L. 27.960.000.000, che sarà prelevata dai fondi di cui all'art. 25 della legge 24 aprile 1980, n. 146, e ripartita nel modo seguente:

Per l'anno 1981:

Alba, casa circondariale	L.	92.000.000
Vercelli, casa circondariale . .	»	225.000.000
Spoleto, casa circondariale . .	»	800.000.000
Ivrea, casa circondariale	»	343.000.000
Cosenza, casa circondariale . .	»	1.000.000.000
Ariano Irpino, casa circondariale	»	1.000.000.000
Rimini, casa circondariale . . .	»	200.000.000
Palmi, casa circondariale . . .	»	300.000.000
Crotone, casa circondariale . .	»	600.000.000

Per l'anno 1982:

Firenze, casa circondariale . . .	L.	5.000.000.000
Firenze, magazzino vestiario . .	»	4.700.000.000
Livorno, casa circondariale . . .	»	2.000.000.000
Ancona, casa circondariale . .	»	2.000.000.000
Ancona, custodia preventiva M. .	»	3.100.000.000
Foggia, casa circondariale . . .	»	900.000.000
Ariano Irpino, casa circondariale	»	1.200.000.000
Cosenza, casa circondariale . .	»	500.000.000
Paola, casa circondariale . . .	»	2.500.000.000
Catanzaro, casa circondariale . .	»	1.500.000.000

Per effetto dal presente decreto la disponibilità dei fondi di cui all'art. 25 della legge 24 aprile 1980, n. 146, si riduce a L. 18.440.000.000.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 26 febbraio 1981

Il Ministro di grazia e giustizia
SARTI

Il Ministro dei lavori pubblici
NICOLAZZI

(1394)

ORDINANZA MINISTERIALE 4 marzo 1981.
Proroga fino al 31 dicembre 1981 dell'importazione di muscoli masseteri interi congelati di bovino dall'Argentina, dal Brasile e dall'Uruguay.

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Vista l'ordinanza ministeriale 18 aprile 1979, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 166 del 28 aprile 1979, recante modificazioni alle ordinanze ministeriali dell'8 febbraio 1979 relative alle condizioni zoosanitarie per l'importazione di carni fresche dall'Argentina, dal Brasile e dall'Uruguay;

Vista l'ordinanza ministeriale 3 maggio 1980, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 150 del 3 giugno 1980, con cui la precedente ordinanza 26 luglio 1979 viene prorogata fino al 31 dicembre 1980;

Vista la decisione della commissione della C.E.E. del 23 dicembre 1980 con la quale si dispone che l'importazione di muscoli masseteri interi congelati di bovino dall'Argentina, dal Brasile e dall'Uruguay nella Comunità sia ulteriormente prorogata fino al 31 dicembre 1981;

Ordina:

Art. 1.

L'importazione di muscoli masseteri interi congelati di bovino (guancioli) dall'Argentina, dal Brasile e dall'Uruguay in Italia è prorogata fino al 31 dicembre 1981.

Detta importazione dovrà avvenire alle condizioni di cui alla ordinanza ministeriale 18 aprile 1979 citata nelle premesse.

Art. 2.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed ha immediata applicazione.

Roma, addì 4 marzo 1981

p. Il Ministro: ORSINI

(1405)

COMUNITÀ EUROPEE

Provvedimenti pubblicati nella « Gazzetta Ufficiale » delle Comunità europee

Regolamento (CEE) n. 142/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 143/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 144/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, relativo alla fornitura di farina di frumento tenero al Programma alimentare mondiale a titolo di aiuto alimentare.

Regolamento (CEE) n. 145/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, che fissa i prezzi da prendere in considerazione per calcolare il valore dei prodotti agricoli giacenti all'intervento al 31 dicembre 1980 e da riportare all'esercizio 1981.

Regolamento (CEE) n. 146/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, che fissa il prelievo all'esportazione per lo zucchero bianco e lo zucchero greggio.

Regolamento (CEE) n. 147/81 della commissione, del 19 gennaio 1981, che modifica le restituzioni all'esportazione nel settore del latte e dei prodotti lattiero-caseari.

Pubblicati nel n. L 17 *del* 20 *gennaio* 1981.

(18/C)

Regolamento (CEE) n. 148/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 149/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 150/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa i prezzi limite e i prelievi nel settore delle uova.

Regolamento (CEE) n. 151/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa i prezzi limite e i prelievi nel settore del pollame.

Regolamento (CEE) n. 152/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa i prezzi limite e le imposte all'importazione per l'ovoalbumina e la lattoalbumina.

Regolamento (CEE) n. 153/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa le restituzioni all'esportazione nel settore del pollame.

Regolamento (CEE) n. 154/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa le restituzioni all'esportazione nel settore delle uova.

Regolamento (CEE) n. 155/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa l'importo supplementare per alcuni prodotti del settore delle carni suine.

Regolamento (CEE) n. 156/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa l'importo dell'integrazione nel settore dei semi oleosi.

Regolamento (CEE) n. 157/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa il prezzo del mercato mondiale per i semi di colza e di ravizzone.

Regolamento (CEE) n. 158/81 della commissione, del 20 gennaio 1981, che fissa il prelievo all'esportazione per lo zucchero bianco e lo zucchero greggio.

Rettifica al regolamento (CEE) n. 63/81 della commissione, del 9 gennaio 1981, relativo ad una gara per la determinazione di prelievi o di restituzioni all'esportazione di zucchero bianco destinato alla Polonia (pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » n. L 10 del 10 gennaio 1981).

Rettifica al regolamento (CEE) n. 139/81 della commissione, del 16 gennaio 1981, che definisce le condizioni cui è subordinata l'ammissione di talune carni bovine congelate nella sottovoce 02.01 A II b) 4 bb) 22 della tariffa doganale comune (pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » n. L 15 del 17 gennaio 1981).

Pubblicati nel n. L 18 *del* 21 *gennaio* 1981.

(19/C)

Regolamento (CEE) n. 159/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 160/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 161/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili al riso e alle rotture di riso.

Regolamento (CEE) n. 162/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per il riso e le rotture di riso.

Regolamento (CEE) n. 163/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa la restituzione all'esportazione dello zucchero candito.

Regolamento (CEE) n. 164/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa, per il Regno Unito, l'entità del premio variabile alla macellazione degli ovini e gli importi da riscuotere all'uscita di determinati prodotti dal territorio di detto Stato membro.

Regolamento (CEE) n. 165/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, recante quinta modifica del regolamento (CEE) n. 2872/79 che fissa un tasso complementare per la determinazione dei quantitativi di alcole da consegnare nel quadro delle prestazioni viniche per la campagna 1979/1980.

Regolamento (CEE) n. 166/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, recante modifica del regolamento (CEE) n. 1579/70 che stabilisce condizioni particolari per l'esportazione di alcuni formaggi verso la Spagna.

Regolamento (CEE) n. 167/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa le tasse di compensazione nel settore vitivinicolo.

Regolamento (CEE) n. 168/81 della commissione, del 21 gennaio 1981, che fissa il prelievo all'esportazione per lo zucchero bianco e lo zucchero greggio.

Pubblicati nel n. L 19 *del* 22 *gennaio* 1981.

(20/C)

Regolamento (CEE) n. 169/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 170/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 171/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che fissa i prelievi minimi all'importazione dell'olio d'oliva nonché i prelievi all'importazione degli altri prodotti del settore dell'olio d'oliva.

Regolamento (CEE) n. 172/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che fissa le restituzioni all'esportazione del riso e delle rotture di riso.

Regolamento (CEE) n. 173/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che modifica gli elementi necessari per il calcolo degli importi differenziali per i semi di colza e di ravizzone.

Regolamento (CEE) n. 174/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che modifica il regolamento (CEE) n. 771/74 relativo alle modalità concernenti l'aiuto per il lino e la canapa.

Regolamento (CEE) n. 175/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che modifica il regolamento (CEE) n. 467/77 che stabilisce il metodo ed il tasso d'interesse da utilizzare per il calcolo delle spese di finanziamento degli interventi costituiti da acquisti, magazzinaggio e vendita.

Pubblicati nel n. L 20 *del* 23 *gennaio* 1981.

(21/C)

Regolamento (CEE) n. 176/81 della commissione, del 22 gennaio 1981, che modifica gli importi compensativi monetari.

Pubblicato nel n. L 22 *del* 26 *gennaio* 1981.

(22/C)

Regolamento (CEE) n. 177/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 178/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 179/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa il prezzo del mercato mondiale per i semi di colza e di ravizzone.

Regolamento (CEE) n. 180/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione di ovini e caprini vivi, nonché di carni ovine e caprine diverse dalle carni congelate.

Regolamento (CEE) n. 181/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione di carni ovine e caprine congelate.

Regolamento (CEE) n. 182/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, recante seconda modifica del regolamento (CEE) n. 2726/80, recante concessione di un aiuto ai mosti di uve concentrati e ai mosti di uve concentrati rettificati utilizzati nella vinificazione durante la campagna viticola 1980/1981.

Regolamento (CEE) n. 183/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che modifica i prelievi all'esportazione per i prodotti amidacei a base di riso.

Regolamento (CEE) n. 184/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che modifica le restituzioni applicabili all'esportazione per il malto.

Regolamento (CEE) n. 185/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che rettifica i prelievi all'importazione applicabili al riso e alle rotture di riso.

Regolamento (CEE) n. 186/81 della commissione, del 23 gennaio 1981, che fissa il prelievo all'esportazione per lo zucchero bianco e lo zucchero greggio.

Regolamento (Euratom, CECA, CEE) n. 187/81 del Consiglio, del 20 gennaio 1981, che adegua le retribuzioni e le pensioni dei funzionari e degli altri agenti della Comunità europea e i coefficienti correttori applicabili a tali retribuzioni e pensioni.

Pubblicati nel n. L 21 *del* 24 *gennaio* 1981.

(23/C)

Regolamento (CEE) n. 188/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione applicabili ai cereali, alle farine, alle semole e ai semolini di frumento o di segala.

Regolamento (CEE) n. 189/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa i supplementi da aggiungere ai prelievi all'importazione per i cereali, le farine e il malto.

Regolamento (CEE) n. 190/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione per i bovini vivi e per le carni bovine diverse da quelle congelate.

Regolamento (CEE) n. 191/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa i prelievi all'importazione per le carni bovine congelate.

Regolamento (CEE) n. 192/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa i prezzi limite ed i prelievi nel settore delle carni suine.

Regolamento (CEE) n. 193/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che rettifica i prelievi applicabili all'importazione dei prodotti trasformati a base di cereali e di riso.

Regolamento (CEE) n. 194/81 della commissione, del 26 gennaio 1981, che fissa il prelievo all'esportazione per lo zucchero bianco e lo zucchero greggio.

Rettifica al regolamento (CEE) n. 57/81 della commissione, del 1° gennaio 1981, relativo alle misure transitorie da adottare, in seguito all'adesione della Grecia, per quanto riguarda gli scambi di prodotti agricoli (pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » n. L 4 del 1° gennaio 1981).

Pubblicati nel n. L 23 *del* 27 *gennaio* 1981.

(24/C)

DISPOSIZIONI E COMUNICATI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Nomina del commissario del Governo per la regione Marche

Con decreto del Presidente della Repubblica 11 dicembre 1980, registrato alla Corte dei conti il 19 febbraio 1981, registro n. 2 Presidenza, foglio n. 35, sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'interno, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 1980, il prefetto di 1ª classe dott. Eustachio De Felice, prefetto della provincia di Ancona, è stato nominato commissario del Governo per la regione Marche a decorrere dal 15 dicembre 1980.

(1356)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Nomina del comitato di sorveglianza della liquidazione coatta amministrativa della società cooperativa di produzione e lavoro « Elettrocoop » a r.l., in Spoleto.

Con decreto ministeriale 10 febbraio 1981, è stata disposta la nomina del comitato di sorveglianza della liquidazione coatta amministrativa della società cooperativa di produzione e lavoro « Elettrocoop » a r.l., in Spoleto (Perugia), composto dai signori:

Presidente:
Iaccarino rag. Guglielmo.

Membri:
Scalfaro dott. Beniamino;
Zenobi rag. Pierluigi

(1308)

MINISTERO DEL TESORO

DIREZIONE GENERALE DEL TESORO - PORTAFOGLIO DELLO STATO

N. 44

Corso dei cambi del 4 marzo 1981 presso le sottoindicate borse valori

VALUTE	Bologna	Firenze	Genova	Milano	Napoli	Palermo	Roma	Torino	Trieste	Venezia
Dollaro USA	1023,55	1023,55	—	1023,55	1023 —	—	1023,45	1023,55	1023,55	—
Dollaro canadese	851,50	851,50	—	851,50	852,60	—	855 —	851,50	851,50	—
Marco germanico	483,36	483,36	—	483,36	482,25	—	482 —	483,36	483,36	—
Fiorino olandese	436,59	436,59	—	436,59	436,85	—	436,20	436,59	436,59	—
Franco belga	29,426	29,426	—	29,426	29,46	—	29,42	29,426	29,426	—
Franco francese	204,99	204,99	—	204,99	204,95	—	205,05	204,99	204,99	—
Lira sterlina	2266,10	2266,10	—	2266,10	2266,70	—	2267,50	2266,10	2266,10	—
Lira irlandese	1764,70	1764,70	—	1764,70	1768,60	—	1767 —	1764,70	1764, 0	—
Corona danese	153,72	153,72	—	153,72	153,60	—	153,80	153,72	153,72	—
Corona norvegese	189,43	189,43	—	189,43	189,25	—	189,50	189,43	189,43	—
Corona svedese	221,35	221,35	—	221,35	221,40	—	221,05	221,35	221,35	—
Franco svizzero	528,75	528,75	—	528,75	529,60	—	528,40	528,75	528,75	—
Scellino austriaco	68,22	68,22	—	68,22	68,15	—	68,12	68,22	68,22	—
Escudo portoghese	18 —	18 —	—	18 —	18,05	—	18 —	18 —	18 —	—
Peseta spagnola	11,861	11,861	—	11,861	11,85	—	11,87	11,861	11,861	—
Yen giapponese	4,93	4,93	—	4,93	4,92	—	4,936	4,93	4,93	—

Media dei titoli del 4 marzo 1981

Titolo	Prezzo
Rendita 5 % 1935	56,700
Redimibile 5,50 % (Edilizia scolastica) 1967-82	91,650
» 5,50 % » » 1968-83	87,800
» 5,50 % » » 1969-84	82,450
» 6 % » » 1970-85	79,500
» 6 % » » 1971-86	74,800
» 6 % » » 1972-87	73,150
» 9 % » » 1975-90	73,900
» 9 % » » 1976-91	75,725
» 10 % » » 1977-92	80,900
» 10 % Cassa DD.PP. sez. A Cr. C.P. 97	76,800
Certificati di credito del Tesoro Ind. 1- 7-1979/81	99,800
» » » » 1-10-1979/81	99,750
» » » » 1-12-1979/81	99,600
» » » » 1- 5-1979/82	98,350
» » » » 1- 7-1979/82	98,850
Certificati di credito del Tesoro Ind. 1-10-1979/82	98 —
» » » » 1- 1-1980/82	99,250
» » » » 1- 3-1980/82	99,350
» » » » 1- 5-1980/82	98,500
» » » » 1- 6-1980/82	98,600
» » » » 1- 7-1980/82	98,800
» » » » 1- 8-1980/82	99,550
» » » » 1- 1-1980/83	98,050
Buoni Tesoro Nov. 5,50 % 1- 4-1982	90,550
» » Pol. 12 % 1- 1-1982	96,725
» » » 12 % 1- 4-1982	95,825
» » » 12 % 1-10-1983	91,425
» » » 12 % 1- 1-1984	90,600
» » » 12 % 1- 4-1984	90,900
» » » 12 % 1-10-1984	90,825
» » Nov. 12 % 1-10-1987	88,025

Il contabile del portafoglio dello Stato: MAROLDA

UFFICIO ITALIANO DEI CAMBI

Cambi medi del 4 marzo 1981

Valuta	Cambio
Dollaro USA	1023,50
Dollaro canadese	853,25
Marco germanico	482,28
Fiorino olandese	436,395
Franco belga	29,423
Franco francese	205,02
Lira sterlina	2266,80
Lira irlandese	1765,85
Corona danese	153,76
Corona norvegese	189,465
Corona svedese	221,20
Franco svizzero	528,575
Scellino austriaco	68,17
Escudo portoghese	18 —
Peseta spagnola	11,865
Yen giapponese	4,933

MINISTERO DELL'INDUSTRIA DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO

Protezione temporanea di nuovi marchi apposti su prodotti che figureranno in manifestazioni fieristiche

Con decreto ministeriale 19 febbraio 1981 è stata concessa la protezione temporanea ai nuovi marchi apposti su prodotti che figureranno nel «XII Nauticsud - Salone internazionale della nautica», che avrà luogo a Napoli dal 14 al 22 marzo 1981.

Con decreto ministeriale 19 febbraio 1981 è stata concessa la protezione temporanea ai nuovi marchi d'impresa apposti su prodotti che figureranno nel «VII Salone del mobile Triveneto», che avrà luogo a Padova dal 19 al 23 marzo 1981.

Con decreto ministeriale 19 febbraio 1981 è stata concessa la protezione temporanea ai nuovi marchi d'impresa apposti su prodotti che figureranno nell'«XI Expolevante - Fiera internazionale dello sport e del tempo libero», che avrà luogo a Bari dal 21 al 29 marzo 1981.

(1357)

CONSORZIO DI CREDITO PER LE OPERE PUBBLICHE

Avviso di rettifica

Nell'avviso riguardante il sorteggio, per il rimborso, di titoli rappresentanti obbligazioni: 6% garantite dallo Stato s.s. Autostrade; 6% s.s. Ferrovie dello Stato; 6% s.s. Interventi statali; 7% garantite dallo Stato s.s. Autostrade; 7% s.s. Ferrovie dello Stato; 7% s.s. Interventi statali; 8% garantite dallo Stato s.s. Autostrade; 9% garantite dallo Stato s.s. Autostrade; 9% s.s. Interventi statali; 10% garantite dallo Stato s.s. Autostrade; 10% s.s. Interventi statali; 13% s.s. Interventi statali decennale, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 58 del 27 febbraio 1981, devono essere apportate le seguenti rettifiche:

pag. 1401, prima colonna, 15° rigo, eliminare: «7% garantite dallo Stato s.s. Autostrade»;

pag. 1405, seconda colonna, 50° rigo, anziché: «Emissione *quindicennale* em. 1979», rettificare in: «Emissione *decennale* em. 1979»; 54° rigo, anziché: «Emissione *quindicennale* em. 1980», rettificare in: «Emissione *decennale* em. 1980».

(1377)

CONCORSI ED ESAMI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA

Avviso relativo alla pubblicazione della graduatoria generale del concorso, per esami, a cinquanta posti di vice revisore nel ruolo della carriera di concetto riservato al personale.

Si dà notizia che all'albo dell'Istituto centrale di statistica, Roma, via Cesare Balbo n. 16, è stata affissa la deliberazione 11 febbraio 1981, n. 45/P, con la quale è stata approvata la graduatoria di merito e sono stati dichiarati i vincitori del concorso, per esami, a cinquanta posti di vice revisore in prova nel ruolo della carriera di concetto riservato al personale dell'Istituto centrale di statistica, indetto con deliberazione 23 novembre 1979, n. 477/P, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 335 del 10 dicembre 1979.

(1336)

MINISTERO DELL'INTERNO

Graduatoria dei candidati al concorso al posto di segretario generale della classe 1ª/B vacante nel comune di Lecco.

IL MINISTRO DELL'INTERNO

Visto il bando di concorso in data 5 ottobre 1979 per il conferimento del posto di segretario generale di classe 1ª/*B* vacante nel comune di Lecco (Como);

Visto il decreto ministeriale in data 26 gennaio 1981 con il quale è stata costituita la commissione giudicatrice di detto concorso;

Vista la graduatoria di merito formata dalla commissione stessa e riconosciuta la regolarità del procedimento del concorso;

Viste le leggi 27 giugno 1942, n. 851, 9 agosto 1954, n. 748, 8 giugno 1962, n. 604, 17 febbraio 1968, n. 107, 11 luglio 1980, n. 312, e il decreto del Presidente della Repubblica 23 giugno 1972, n. 749;

Decreta:

E' approvata la graduatoria dei candidati al posto di segretario **generale di classe 1ª/*B*** vacante nel comune di Lecco, nell'ordine appresso indicato:

1) Imboldi Rocco Emilio	punti	90,166	su 132
2) Lauletta Angelo	»	85,454	»
3) Russo Alesi Domenico	»	83,150	»
4) Patriarca Emilio	punti	82,933	su 132
5) Guido Pasquale	»	82,698	»
6) Lauria Rocco	»	82,498	»
7) Visone Aniello	»	82,345	»
8) Giacomelli Alvaro	»	81,930	»
9) Pecora Vito	»	81,766	»
10) Maroni Antonio	»	81,440	»
11) Zagordo Cosimo	»	80,778	»
12) Inzerilli Michelangelo	»	80,327	»
13) Recchia Ezio	»	80,177	»
14) La Rocca Pietro	»	79,186	»
15) Melandri Eligio	»	78,828	»
16) Ciccone Saverio	»	78,563	»
17) Previtera Antonio	»	78,318	»
18) Torella Michele	»	77,773	»
19) Serraglio Giovanni	»	77,649	»
20) Buccheri Ugo	»	77,550	»
21) Marazzina Felice	»	76,750	»
22) Federici Glauco	»	76,627	»
23) Passeri Sergio Maria	»	76,493	»
24) Liberti Gennaro	»	76,408	»
25) Gianfranchi Cleto Ruggero	»	76,104	»
26) Taranto Fausto	»	76,033	»
27) Silvestri Boris	»	75,952	»
28) Chindamo Giuseppe	»	75,797	»
29) Bondioni Pietro	»	75,752	»
30) Gotelli Giorgio	»	75,748	»
31) Agnoli Mario	»	75,095	»
32) Lo Martire Stelio	»	74,997	»
33) Pesente Elio	»	74,976	»
34) Pazzaglia Mario	»	74,738	»
35) Rizzo Guido	»	74,409	»
36) Caldarella Antonino	»	74,401	»
37) Onofri Ermanno	»	74,382	»
38) Bove Mauro	»	74,237	»
39) Di Caprio Salvatore	»	73,866	»
40) Torretta Carlo	»	73,791	»
41) Incandela Francesco	»	73,684	»
42) Corciulo Nicola	»	73,532	»
43) Aprile Pietro Maria	»	73,527	»
44) Di Martino Antonino	»	73,520	»
45) Salari Giuseppe	»	73,436	»
46) Paoluzi Remo	»	73,219	»
47) Pira Giacomo	»	73,120	»
48) Lucchini Lino	»	73,080	»
49) Gervasoni Giuliano	»	72,546	»
50) Fisicaro Antonino	»	72,390	»
51) Muriana Giuseppe	»	72,072	»
52) Conte Antonio	»	72,013	»
53) Domina Mariano	»	71,986	»
54) Nucci Leopoldo	»	71,633	»

55) Frisi Doro	punti	71,566	su 132
56) Nardelli Antonio	»	71,459	»
57) Scorza Saverio	»	71,446	»
58) Matarese Francesco	»	71,361	»
59) Brun Flavio	»	70,646	»
60) Campagnari Gustavo	»	69,897	»
61) Bianco Antonio	»	69,722	»
62) Famiglietti Mario	»	69,366	»
63) Rampelli Vincenzo	»	69,316	»
64) Caleffi Esterino	»	69,221	»
65) Luchetti Loreto	»	69,033	»
66) Carlomagno Michele	»	68,732	»
67) Magoni Beniamino	»	68,599	»
68) Zaffanella Aldo	»	68,538	»
69) Patriarca Mario	»	68,520	»
70) Mingolla Aldo	»	68,083	»
71) Ricci Rudio	»	67,923	»
72) Amorelli Giuseppe	»	67,866	»
73) Tabarrini Agostino	»	67,818	»
74) Ladogana Raffaele	»	67,782	»
75) Callipo Gaetano	»	67,763	»
76) Vista Carlo	»	67,694	»
77) Nasuti Antonio	»	67,520	»
78) Gambardella Sabato	»	67,466	»
79) Marinelli Gaspero	»	67,240	»
80) Nitti Gabriele	»	66,905	»
81) De Felice Renato	»	66,814	»
82) Santoro Pasquale	»	66,760	»
83) Zarcone Vincenzo	»	66,395	»
84) Capuano Rosario	»	66,393	»
85) Ambrosini Ferdinando	»	66,135	»
86) Di Massa Pelino	»	65,796	»
87) Di Stefano Mario	»	65,466	»
88) Nigri Mario	»	65,459	»
89) Brocato Salvatore	»	65,456	»
90) Di Domenica Vittorio	»	65,388	»
91) Bove Romano	»	65,213	»
92) Muzzi Vitantonio	»	65,118	»
93) Barbara Francesco	»	65,068	»
94) Mastrogiovanni Carmelo	»	64,856	»
95) Genco Giuseppe	»	64,756	»
96) Liotta Calogero	»	64,199	»
97) Luzzi Francesco	»	64,170	»
98) Zappalorto Flavio	»	64,100	»
99) Panetta Paolo	»	63,904	»
100) Rebecchi Renzo	»	63,886	»
101) Tescaroli Nereo	»	63,717	»
102) Catalano Giovanni	»	63,545	»
103) Priolo Vincenzo	»	63,463	»
104) Costardi Felice	»	63,149	»
105) Alba Calogero	»	62,767	»
106) Altamura Pietro	»	62,550	»
107) Criscuoli Matteo	»	62,466	»
108) Voi Ivar	»	62,400	»
109) Boccia Michele	»	62,066	»
110) Fabbro Raffaello	»	62,050	»
111) Florenzano Mario	»	61,849	»
112) Totaro Francesco	»	61,800	»
113) Licata Giovanni	»	61,766	»
114) Amico Salvatore	»	61,574	»
115) Persegati Umberto	»	61,142	»
116) Brusatin Leo Fernando	»	61,136	»
117) Puglisi Domenico	»	59,863	»
118) Calabrò Nicola	»	59,632	»
119) Minelli Elio	»	58,366	»
120) Pedroli Alberto	»	58,000	»
121) De Gennaro Luigi	»	56,550	»
122) Cafardi Severino	»	56,438	»
123) Scarelli Marcello	»	55,181	»
124) Gritti Giuseppe	»	55,066	»
125) La Candia Michele	»	54,800	»
126) Bassi Lucio	»	53,500	»
127) Velardita Francesco	»	53,300	»
128) Bastardi Silvio	»	52,432	»

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, addì 14 febbraio 1981

p. *Il Ministro*: CORDER

(1186)

MINISTERO DEI TRASPORTI

AZIENDA AUTONOMA DELLE FERROVIE DELLO STATO

Diario delle prove scritte del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di capo stazione (4ª categoria - tecnico) per le esigenze del compartimento di Reggio Calabria.

Le prove scritte del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di capo stazione in prova (4ª categoria - tecnico) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 997, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 53, avranno luogo in Reggio Calabria alle ore 12,30 del giorno 14 marzo 1981 ed alle ore 7,30 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

liceo scientifico statale «Leonardo da Vinci», via Posidonea;

liceo ginnasio statale «Tommaso Campanella», via T. Campanella, 25;

istituto tecnico industriale «A. Panella», via E. Cuzzocrea;

istituto tecnico statale per geometri «A. Righi», via Trabocchetto 2°;

istituto magistrale statale «Tommaso Gulli», via 2 Settembre, 2/A;

istituto tecnico commerciale «*Raffaele Piria*», via Plebiscito, 1.

(1382)

Diario della prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di assistente di stazione (3ª categoria - operatore specializzato) per le esigenze del compartimento di Bologna.

La prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di assistente di stazione in prova (3ª categoria - operatore specializzato) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 1000, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 56, avrà luogo in Bologna alle ore 8 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

liceo scientifico «Augusto Righi», viale Carlo Popoli, 3;
istituto tecnico «Pier Crescenzi», via Garibaldi, 6;
collegio «San Luigi», via D'Azeglio, 55;
istituto tecnico «Guglielmo Marconi», via Matteotti, 7;
istituto tecnico «Luigi Tanari», via Marchetti, 22.

(1383)

Diario della prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di assistente di stazione (3ª categoria - operatore specializzato) per le esigenze del compartimento di Venezia.

La prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di assistente di stazione in prova (3ª categoria - operatore specializzato) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 1000, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 56, avrà luogo in Mestre (Venezia) alle ore 7,30 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

liceo scientifico «G. Bruno», via Baglioni, 22;

istituto tecnico industriale statale «Pacinotti», via Caneve, 93;

liceo ginnasio «R. Franchetti», corso del Popolo, 82;

scuola media statale «A. Manuzio», viale S. Marco, 34;

scuola media statale «Bandiera e Moro», via Cappuccina, 68;

scuola media statale «C. G. Cesare» corso del Popolo, 68;

istituto tecnico commerciale statale «Foscari», via del Miglio.

(1386)

Diario della prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a nove posti nel profilo professionale di capo tecnico (4ª categoria - tecnico) per le esigenze del compartimento di Napoli.

La prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a nove posti nel profilo professionale di capo tecnico in prova (4ª categoria - tecnico) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 999, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 55, avrà luogo in Roma alle ore 8 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

istituto tecnico commerciale « Duca degli Abruzzi », via Palestro, 38;

istituto tecnico industriale « Galileo Galilei », via Conte Verde, 51;

istituto magistrale « Alfredo Oriani », piazza Indipendenza, 7.

(1385)

Diario della prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a nove posti nel profilo professionale di capo tecnico (4ª categoria - tecnico) per le esigenze del compartimento di Trieste.

La prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a nove posti nel profilo professionale di capo tecnico in prova (4ª categoria - tecnico) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 999, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 55, avrà luogo in Trieste alle ore 7,30 del giorno 15 marzo 1981 nella sede appresso indicata:

liceo scientifico « G. Oberdan », via P. Veronese, 1.

(1384)

Diario della prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di conduttore (3ª categoria - operatore specializzato) per le esigenze del compartimento di Verona.

La prova scritta del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di conduttore in prova (3ª categoria - operatore specializzato) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 1001, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 57, avrà luogo in Verona alle ore 8 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

istituto tecnico statale « L. Einaudi », via S. Giacomo, 13;

istituto tecnico per geometri « Cangrande della Scala », corso Porta Nuova, 66.

(1381)

Diario delle prove scritte del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di capo stazione (4ª categoria - tecnico) per le esigenze del compartimento di Milano.

Le prove scritte del pubblico concorso, per soli esami, a cinque posti nel profilo professionale di capo stazione in prova (4ª categoria - tecnico) indetto con decreto ministeriale 18 aprile 1980, n. 997, registrato alla Corte dei conti il 28 maggio 1980, registro n. 3 Trasporti, foglio n. 53, avrà luogo in Milano alle ore 14,30 del giorno 14 marzo 1981 e alle ore 8 del giorno 15 marzo 1981 nelle sedi appresso indicate:

istituto tecnico commerciale « G. Zappa », viale Marche, 71;

liceo scientifico « L. Cremona », viale Marche, 73;

scuola media « Tiepolo », piazza Ascoli, 2;

istituto tecnico commerciale « P. Verri », via Lattanzio, 38.

(1387)

REGIONI

REGIONE MARCHE

LEGGE REGIONALE 31 dicembre 1980, n. 55.

Assestamento del bilancio per l'anno finanziario 1980.

(*Pubblicata nel* Bollettino ufficiale *della Regione n.* 105 *del* 31 *dicembre* 1980)

IL CONSIGLIO REGIONALE
HA APPROVATO

IL COMMISSARIO DEL GOVERNO
HA APPOSTO IL VISTO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Modificazione dei residui attivi presunti alla chiusura dell'esercizio 1979

I residui attivi presunti alla chiusura dell'esercizio 1979 iscritti, ai sensi dell'art. 3, secondo comma, n. 1, della legge 19 maggio 1976, n. 335, nello stato di previsione delle entrate per l'anno 1980, sono modificati secondo le risultanze di cui alla allegata tabella *A*.

Art. 2.

Modificazione dei residui passivi presunti alla chiusura dell'esercizio 1979

I residui passivi presunti alla chiusura dell'esercizio 1979 iscritti, ai sensi dell'art. 3, quarto comma, primo alinea, della legge 19 maggio 1976, n. 335, nello stato di previsione della spesa per l'anno 1980, sono modificati secondo le risultanze di cui alla allegata tabella *B*.

Art. 3.

Modificazione del saldo finanziario presunto al termine dell'esercizio 1979

L'ammontare del saldo finanziario presunto al termine dell'esercizio 1979, iscritto, ai sensi dell'art. 3, quarto comma, primo alinea, della legge 19 maggio 1976, n. 335, nello stato di previsione delle entrate per l'anno 1980 nell'importo di L. 45.829.376.678, quale risulta stabilito a seguito della variazione introdotta con l'art. 4 della legge regionale 24 maggio 1980, n. 39, è aumentato di L. 8.092.867.142 e resta quindi stabilito in L. 54.922.243.820.

Art. 4.

Modificazione dell'ammontare presunto della giacenza di cassa all'inizio dell'esercizio 1980

L'ammontare presunto della giacenza di cassa all'inizio dell'esercizio 1980, iscritto, ai sensi dell'art. 3, quarto comma, secondo alinea, della legge 19 maggio 1976, n. 335, dello dato di previsione delle entrate per l'anno 1980 nell'importo di lire 15.275.500.939 è aumentato di L. 500 e resta quindi stabilito in L. 15.275.501.439.

Art. 5.

Rettificazione dell'ammontare complessivo delle previsioni iniziali delle entrate e delle spese del bilancio di cassa

Il totale complessivo delle previsioni iniziali delle entrate del bilancio di cassa per l'anno 1980 ed il totale complessivo delle previsioni iniziali delle spese di bilancio di cassa per il detto anno, indicati, a causa di errori materiali di totalizzazione, rispettivamente in L. 1.390.698.839.071 ed in L. 1.386.589.199.851, sono rettificati, rispettivamente, in L. 1.392.198.839.071 ed in L. 1.386.536.699.851.

In conseguenza delle rettificazioni di cui al comma precedente, il fondo di cassa al termine dell'esercizio 1980, indicato in L. 4.109.639.220, è aumentato di L. 1.552.500.000 e si stabilisce in L. 5.662.139.220.

Art. 6.

Trasferimento all'anno 1980 *di una parte delle spese autorizzate in anni anteriori per opere di elettrificazione rurale, già finanziate con ricorso al mercato.*

Ai sensi e per gli effetti di cui al secondo comma dell'art. 53 della legge regionale 22 aprile 1980, n. 22, l'autorizzazione di spesa di lire 2.100 milioni stabilita per l'anno 1975 con l'art. 7 della legge regionale 20 marzo 1975, n. 17 per la concessione di con-

tributi in capitale per l'attuazione di un programma di elettrificazione in zone rurali di cui alla legge regionale 29 agosto 1973, n. 25 è trasferita all'anno 1980 per l'importo di L. 788.837.533, pari alla differenza tra l'entità della spesa originariamente autorizzata nelle dette lire 2.100 milioni e l'importo delle spese pagate, per la detta finalità, fino alla chiusura dell'esercizio 1979, ammontante a L. 1.291.477.767, al netto delle economie di lire 19.684.700.

Al pagamento degli oneri relativi al trasferimento di spesa disposta con il comma precedente si provvede con gli stanziamenti del cap. 2221206 che con la presente legge si istituisce nello stato di previsione della spesa per l'anno 1980 con la denominazione « Contributi in capitale per la realizzazione di un programma di elettrificazione in zone rurali di cui alla legge regionale 29 agosto 1973, n. 25 » e la dotazione di competenza e di cassa di L. 788.837.533.

Gli impegni assunti in via amministrativa a carico del cap. 2221201 del bilancio per l'anno 1979 e a carico dei corrispondenti capitoli dei bilanci degli anni anteriori sono trasferiti d'ufficio, per l'importo di L. 788.837.533, al cap. 2221206 del bilancio per l'anno 1980.

Art. 7.

Trasferimento all'anno 1980 *di una parte delle spese autorizzate in anni anteriori per la realizzazione di opere stradali, già finanziate con ricorso al mercato.*

Ai sensi e per gli effetti di cui al secondo comma dell'art. 53 della legge regionale 22 aprile 1980, n. 22, l'autorizzazione di spesa di lire 2.100 milioni stabilita per l'anno 1974 con la legge regionale 8 luglio 1974, n. 14, per la concessione agli enti locali di contributi in capitale per la realizzazione di opere stradali ai sensi dell'art. 4 della legge 21 aprile 1962, n. 181 è trasferita all'anno 1980 per l'importo di L. 920.668.855, pari alla differenza tra l'entità della spesa originariamente autorizzata nelle dette lire 2.100 milioni e l'importo delle spese pagate, per la detta finalità, fino alla chiusura dell'esercizio 1979, ammontante a L. 1.089.204.914, al netto delle economie di L. 90.126.231 per altrettante non impegnate entro il quinquennio.

Al pagamento degli oneri relativi a trasferimento di spesa disposta con il comma precedente si provvede con gli stanziamenti del cap. 2222105 che con la presente legge si istituisce nello stato di previsione della spesa per l'anno 1980 con la denominazione « Contributi in capitale agli enti locali per la realizzazione di opere stradali ai sensi dell'art. 4 della legge 21 aprile 1962, n. 181 » e la dotazione di competenza e di cassa di lire 920.668.855.

Gli impegni assunti in via amministrativa a carico del cap. 2222104 del bilancio per l'anno 1979 e a carico dei corrispettivi capitoli dei bilanci per gli esercizi anteriori sono trasferiti d'ufficio, per l'importo di L. 920.668.855 al cap. 2222105 del bilancio per l'anno 1980.

Art. 8.

Trasferimento all'anno 1980 *di una parte delle spese autorizzate in anni anteriori per opere di bonifica montana, già finanziate con ricorso al mercato.*

Ai sensi e per gli effetti di cui al secondo comma dell'art. 53 della legge regionale 22 aprile 1980, n. 22, l'autorizzazione di spesa di L. 1.700 milioni stabilita per l'anno 1975 con l'art. 1, primo comma, punto uno, della legge regionale 13 marzo 1975, n. 10 per opere di rimboschimento, sistemazione e bonifica montana nei territori delle comunità montane è trasferita all'anno 1980 per l'importo di L. 462.506.325 pari alla differenza tra l'entità della spesa originariamente autorizzata delle dette lire 1.700 milioni e l'importo delle spese pagate per la detta finalità, fino alla chiusura dell'esercizio 1979, ammontante a L. 1.235.704.760, al netto delle economie di L. 1.788.915.

Al pagamento degli oneri relativi al trasferimento di spesa disposta con il comma precedente si provvede con gli stanziamenti del cap. 2223203 che con la presente legge si istituisce nello stato di previsione della spesa per l'anno 1980 con la denominazione « Opere di rimboschimento, sistemazione e bonifica montana nei territori delle comunità montane, di cui alla legge regionale 13 marzo 1975, n. 10 » e con la dotazione di competenze e di cassa di L. 462.506.325.

Gli impegni assunti in via amministrativa a carico del cap. 2223202 del bilancio per l'anno 1979 e a carico dei corrispondenti capitoli dei bilanci degli anni anteriori sono trasferiti d'ufficio, per l'importo di L. 462.506.325, al cap. 2223203 del bilancio per l'anno 1980.

Art. 9.

Trasferimento all'anno 1980 *di una parte delle spese autorizzate in anni anteriori per la costruzione di asili nido comunali già finanziati con ricorso al mercato.*

Ai sensi e per gli effetti di cui al secondo comma dell'art. 53 della legge 22 aprile 1980, n. 22, l'autorizzazione di spesa di lire 3.220 milioni stabilita per l'anno 1975 con l'art. 2 della legge regionale 3 giugno 1975, n. 47 per la concessione di contributi per la costruzione di asili nido ai sensi della legge 6 dicembre 1971, n. 1044 è trasferita all'anno 1980 per l'importo di L. 1.267.500.000, pari alla differenza tra l'entità della spesa originariamente autorizzata nelle dette lire 3.220 milioni e l'importo delle spese pagate, per la detta finalità, fino alla chiusura dell'esercizio 1979, ammontante a L. 1.952.500.000.

Al pagamento degli oneri relativi al trasferimento di spesa disposta con il comma precedente si provvede con gli stanziamenti del cap. 2431103 che con la presente legge si istituisce nello stato di previsione della spesa per l'anno 1980 con la denominazione « Contributi per la costruzione di asili nido ai sensi della legge 6 dicembre 1971, n. 1044 » e la dotazione di competenza e di cassa di L. 1.267.500.000.

Gli impegni assunti in via amministrativa a carico del cap. 2431102 del bilancio per l'anno 1979 ed a carico dei corrispondenti capitoli dei bilanci anteriori sono trasferiti d'ufficio, per l'importo di L. 1.267.500.000 al cap. 2431103 del bilancio per l'anno 1980.

Art. 10.

Finanziamento delle spese trasferite al bilancio per l'anno 1980

Alla copertura delle spese trasferite al bilancio per l'anno 1980 per effetto dei precedenti articoli 5, 6, 7 e 8 pari complessivamente a L. 3.439.512.713 si provvede mediante riduzione degli stanziamenti di competenza e di cassa dei seguenti capitoli dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio, per i controindicati importi:

cap. 3720001	L.	220.000.000
cap. 3720002	»	410.000.000
cap. 3720003	»	205.000.000
cap. 3720004	»	200.000.000
cap. 3720005	»	1.500.000.000
cap. 3830001	»	119.000.000
cap. 3830002	»	210.000.000
cap. 3830003	»	116.000.000
cap. 3830004	»	108.000.000
cap. 3830005	»	351.512.713
Tornano	L.	3.439.512.713

Art. 11.

Variazioni da introdursi nel bilancio per l'anno 1980

In aggiunta alle variazioni disposte con i precedenti articoli 5, 6, 7, 8 e 9, nello stato di previsione delle entrate e nello stato di previsione della spesa del bilancio per l'anno 1980 sono introdotte le ulteriori variazioni di cui alla allegata tabella C.

Art. 12.

Modificazione della legge di bilancio per l'anno 1980

Nel primo comma dell'art. 18 della legge regionale 22 aprile 1980, n. 22 sono introdotte le seguenti modificazioni: le parole « per la concessione dei contributi previsti dall'art. 2, lettera *a*) della stessa legge regionale n. 35/1975 » sono sostituite con le parole « per la concessione dei contributi previsti dall'art. 4 della stessa legge regionale n. 35/1975 ».

Nella denominazione del cap. 1312102 dello stato di previsione della spesa per l'anno 1980, la parola « paramedico » è sostituita con le parole « socio-sanitario ».

Art. 13.

Dichiarazione d'urgenza

La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della regione Marche.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della regione Marche.

Ancona, addì 31 dicembre 1980

MASSI

(*Omissis*).

(1292)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

LEGGE REGIONALE 7 febbraio 1981, n. 6.

Piano sanitario regionale per il triennio 1981-83.

(*Pubblicata nel* Bollettino ufficiale *della Regione n.* 17 *dell'*11 *febbraio* 1981)

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL VISTO DEL COMMISSARIO DEL GOVERNO

SI INTENDE APPOSTO PER DECORSO DEL TERMINE DI LEGGE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Titolo I

OGGETTO, CONTENUTI E LIMITI DI APPLICAZIONE DEL PIANO

Art. 1.

Oggetto

Il piano sanitario regionale per il triennio 1981-83 è costituito dalla presente legge e dai suoi allegati. Il piano, predisposto nell'osservanza delle disposizioni di cui all'articolo 11, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è formato con riferimento al piano poliennale degli interventi regionali, tenuto conto delle proposte contenute negli schemi di piano comprensoriale predisposti ai sensi dell'art. 8, secondo comma, della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14.

Le unità sanitarie locali, strutture operative dei comuni singoli o associati e delle comunità montane, nell'esercizio delle proprie funzioni e nella predisposizione dei programmi di attività, si uniformano alle norme ed agli indirizzi della presente legge.

Art. 2.

Contenuti del piano

Il piano sanitario regionale, in relazione alle esigenze stabilite dall'art. 2 della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, determina per il triennio 1981-83:

gli obiettivi generali della programmazione sanitaria regionale;

gli obiettivi specifici da perseguire mediante appositi progetti-obiettivo e programmi speciali;

la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni sanitarie e gli indirizzi per la realizzazione degli obiettivi.

Il piano sanitario regionale 1981-83 determina altresì l'importo delle quote da iscrivere nel bilancio della Regione, le modalità per attuare la unificazione delle prestazioni sanitarie nelle unità sanitarie locali, gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle stesse unità sanitarie locali nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale.

Art. 3.

Limiti di applicazione

La presente legge produce effetti fino alla data di entrata in vigore della legge di approvazione del piano sanitario nazionale e, da tale data, si applica limitatamente alle disposizioni non in contrasto con essa.

All'atto dell'entrata in vigore del piano sanitario nazionale il consiglio regionale, anche in riferimento alle previsioni del terzo comma del successivo art. 14, provvede ad adeguare e ad armonizzare le norme della presente legge a quelle della legge nazionale.

Titolo II

OBIETTIVI E AZIONI PROGRAMMATICHE

Art. 4.

Obiettivi

Il piano sanitario per il triennio 1981-83, conformemente alle finalità di cui all'art. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, persegue l'obiettivo della tutela della salute dei cittadini con interventi unitari e globali volti alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla rimozione delle cause di nocività negli imbienti di vita e di lavoro prioritariamente mediante:

a) l'equilibrata distribuzione delle strutture, dei servizi e dei presidi, tesa a realizzare l'omogeneità delle prestazioni e l'agevole accesso alle stesse;

b) la qualificazione delle prestazioni e l'adeguamento dei servizi ai bisogni reali della popolazione;

c) l'impiego ottimale delle risorse in termini di efficacia e di efficienza, attraverso un'adeguata organizzazione dei presidi e dei servizi;

d) il coordinamento e l'integrazione fra le funzioni svolte dai servizi sanitari e quelle svolte dai servizi sociali.

La quota del fondo sanitario nazionale assegnata alla Regione è prioritariamente destinata al raggiungimento delle finalità di cui al presente articolo.

Art. 5.

Educazione sanitaria

Le unità sanitarie locali, al fine di assicurare la formazione di un'adeguata coscienza sanitaria, in particolare nel campo dell'igiene individuale, dell'igiene degli alimenti, dell'uso dei prodotti farmaceutici e della corretta utilizzazione dei servizi, predispongono, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, programmi di educazione sanitaria rivolti al cittadino e alla comunità.

Nella formulazione dei programmi le unità sanitarie locali si attengono, in via prioritaria, alle indicazioni della presente legge.

Per l'educazione sanitaria nell'ambito scolastico, i programmi devono prevedere forme e modalità di collaborazione con i competenti organi della scuola. Detti programmi possono prevedere modalità e forme di coinvolgimento del personale della scuola di ogni ordine e grado.

L'attuazione dei programmi è assicurata, ai sensi dell'art. 37 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, dall'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale con il coinvolgimento dei medici di base e attraverso l'impiego degli operatori dei servizi sanitari e sociali.

Art. 6.

Progetti-obiettivo

Nell'ambito degli obiettivi di cui al primo comma del precedente art. 4, costituiscono progetti-obiettivo:

la tutela della procreazione libera e responsabile e della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;

la tutela della salute delle persone anziane;

la tutela della salute dei lavoratori in ambienti di lavoro;

l'igiene pubblica;

la tutela della salute dei tossicodipendenti e la prevenzione degli stati di tossicodipendenza.

Negli allegati 1, 2, 3, 4 e 5 sono indicati i contenuti e gli scopi di ciascuno dei progetti-obiettivo di cui al precedente comma, nonché gli strumenti e le risorse finanziarie per la realizzazione degli stessi.

Art. 7.

Programmi speciali

Nell'ambito degli obiettivi generali del piano e delle previsioni della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, in ordine alle funzioni ospedaliere, costituiscono programmi speciali:

l'organizzazione delle attività emodialitiche e di trapianto renale;

l'organizzazione della raccolta, della distribuzione e dell'utilizzo del sangue umano;

l'organizzazione delle attività cardiochirurgiche;

l'organizzazione di attività ortopediche ad alta specializzazione e dei relativi programmi di ricerca finalizzata.

Negli allegati 6, 7, 8 e 9 sono rispettivamente indicati i contenuti, gli scopi specifici e le risorse finanziarie da destinare a ciascun programma.

Art. 8.

Indirizzi per lo svolgimento delle funzioni sanitarie

Nello svolgimento delle funzioni sanitarie di competenza dei servizi di cui al titolo II, capo II della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, le unità sanitarie locali si attengono, per il conseguimento degli obiettivi di cui al precedente art. 4, agli indirizzi di seguito indicati:

a) *igiene pubblica*:

potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi di igiene pubblica con riferimento alle previsioni dello specifico progetto-obiettivo e della legge regionale 5 maggio 1980, n. 32;

b) *medicina preventiva e igiene del lavoro*:

potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro con riferimento alle previsioni dello specifico progetto-obiettivo e della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33;

c) *procreazione libera e responsabile, tutela sociale e sanitaria della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e assistenza alla famiglia*:

coordinamento e unificazione organizzativa delle attività del servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sociale e sanitaria della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia con riferimento alla legge regionale 10 giugno 1976, n. 22, alla legge regionale 1° aprile 1980, n. 24 e alle previsioni dello specifico progetto-obiettivo;

d) *igiene mentale e assistenza psichiatrica*:

potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica con riferimento alla legge 31 luglio 1978, n. 25 e con particolare riguardo alla attivazione dei presidi residenziali e semiresidenziali per la brevidegenza e alla organizzazione dei servizi di cui al quinto comma dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

graduale superamento degli ospedali psichiatrici, con l'obiettivo di realizzare una progressiva diminuzione dell'attuale presenza manicomiale, principalmente attraverso la ricerca di adeguati interventi territoriali;

e) *attività medica di base, attività specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica*:

realizzazione di un equilibrato rapporto tra medici e assistibili, in riferimento all'accordo collettivo nazionale di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

attuazione, a livello medico di base, degli interventi programmatici nei settori dll'educazione sanitaria, della prevenzione e della rilevazione statistico-epidemiologica;

coordinamento e unificazione delle modalità e dei livelli di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche attraverso l'esercizio delle stesse in ambito distrettuale, in relazione alle previsoni della presente legge;

redistribuzione quantitativa e qualitativa delle attività specialistiche ambulatoriali e potenziamento di quelle necessarie alla realizzazione di specifichi programmi di intervento in campo preventivo e riabilitativo;

realizzazione dell'uso appropriato e razionale dei farmaci attraverso la corretta gestione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale e la promozione di una adeguata informazione ed educazione sanitaria, anche ai fini del contenimento dei consumi farmaceutici;

f) *assistenza ospedaliera*:

ristrutturazione e unificazione organizzativa degli stabilimenti ospedalieri insistenti nell'ambito territoriale della stessa unità sanitaria locale;

avviso dell'integrazione tra divisioni, sezioni, servizi affini e complementari e servizi e presidi extraospedalieri, con particolare riferimento all'organizzazione delle funzioni di emergenza e di quelle materno-infantile;

riqualificazione dell'attività ospedaliera, razionalizzazione e organizzazione della stessa, anche attraverso un migliore utilizzo dei posti letto;

g) *igiene, profilassi e assistenza veterinaria*:

potenziamento degli interventi volti alla tutela della sanità animale e alla vigilanza sugli alimenti di origine animale.

Con legge regionale da emanarsi entro il 31 dicembre 1981 ed in riferimento all'art. 22 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, saranno individuate le funzioni, indicandone le modalità, da organizzare anche in forma dipartimentale.

Art. 9.

Uniformità delle prestazioni sanitarie

Il consiglio regionale, con riferimento al precedente art. 2, secondo comma, disciplina, con regolamento, le modalità di erogazione delle prestazioni, secondo le previsioni del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'art. 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In attesa dell'emanazione del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'art. 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le unità sanitarie locali erogano l'assistenza sanitaria in condizioni di uniformità ed eguaglianza, nelle forme e nei limiti previsti dall'art. 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33.

Art. 10.

Formazione e qualificazione professionale del personale

La Regione assicura il potenziamento delle attività volte alla formazione, alla qualificazione e all'aggiornamento professionale degli operatori del servizio sanitario.

La Regione, in particolare, provvede:

a favorire l'utilizzazione di strutture delle unità sanitarie locali riconosciute idonee per le esigenze didattiche e di ricerca, anche in riferimento alle convenzioni previste dall'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

all'assunzione di iniziative straordinarie per la riqualificazione e la conversione tra professionalità diverse allo scopo di favorire il riequilibrio della rete dei servizi e di completare la formazione degli operatori;

alla promozione di iniziative, nelle forme e secondo le modalità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, per l'aggiornamento del personale, con particolare riferimento ai progetti-obiettivo e ai programmi speciali e all'attivazione del sistema informativo;

allo svolgimento, in collaborazione con le università, di iniziative per la qualificazione e l'aggiornamento professionale dei docenti da utilizzare nelle varie attività di informazione.

Ai fini dell'assunzione e del coordinato svolgimento delle iniziative di cui al precedente comma, la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, emana specifiche direttive ai sensi del secondo comma dell'art. 17 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 e con riferimento alla legge regionale 23 gennaio 1976, n. 2.

Art. 11.

Attivazione e compiti del sistema informativo regionale

La Regione assicura il coordinato svolgimento delle attività del sistema informativo regionale per le finalità di cui all'art. 17, primo comma, della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 e all'art. 2 della legge regionale 29 marzo 1980, n. 22. A tal fine la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge predispone appositi programmi concernenti i criteri, le procedure e l'organizzazione del sistema informativo regionale.

Principali compiti del sistema informativo regionale sono:

a) la rilevazione delle informazioni relative alle condizioni di salute della popolazione e ai fattori ambientali che costituiscono situazioni di rischio e determinano stati di malattia;

b) l'individuazione di criteri e procedure per la rilevazione in termini di efficacia ed efficienza dell'attività sanitaria;

c) la rilevazione degli aspetti economico-finanziari connessi al funzionamento del servizio sanitario regionale, anche in riferimento alle previsioni di cui agli articoli 11, secondo comma, e 49, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per lo svolgimento dei compiti di cui alla lettere *a*) e *b*) del precedente comma, la Regione si avvale in particolare dell'osservatorio epidemiologico nell'ambito delle competenze stabilite dalla legge regionale 7 dicembre 1978, n. 48.

Le unità sanitarie locali provvedono alla rilevazione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione regionale, con riferimento agli obiettivi generali e alle indicazioni dei singoli progetti-obiettivo e programmi speciali della presente legge. Le unità sanitarie locali assicurano altresì il coordinato svolgimento delle attività di indagine epidemiologica in relazione all'attuazione di programmi regionali e in rapporto a specifiche situazioni locali e promuovono e organizzano le rilevazioni necessarie alla propria iniziativa sanitaria.

La Regione e le unità sanitarie locali provvedono alla diffusione delle informazioni statistico-epidemiologiche di interesse regionale e locale anche in riferimento al disposto dell'art. 18, primo comma, della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1.

Titolo III

ATTUAZIONE E VERIFICA DEL PIANO SANITARIO REGIONALE

Art. 12.

Realizzazione degli obiettivi del piano

La struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni sanitarie sono indicati, per ciascuna unità sanitaria locale, nell'allegato n. 10.

Le indicazioni dell'allegato n. 10, nonché quelle contenute nei progetti-obiettivo e nei programmi speciali sono riferite alla scadenza del periodo di validità del piano. Le unità sanitarie locali provvedono, nell'arco del triennio, alla loro graduale realizzazione nei limiti delle risorse finanziare disponibili.

Le unità sanitarie locali nell'esercizio delle funzioni si attengono agli indirizzi e alle direttive emanati dalla giunta regionale, ai sensi dell'art. 17, secondo comma, della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, ai fini di assicurare la conformità dell'attività delle stesse agli obiettivi del servizio sanitario nazionale e alle norme della presente legge.

Art. 13.

Riorganizzazione, riconversione di attività

Al fine di realizzare gli obiettivi della presente legge, l'unità sanitaria locale territorialmene competente provvede alla riorganizzazione e/o alla riconversione delle attività svolte nei presidi extraospedalieri e nelle strutture organizzative ospedaliere esistenti e funzionanti all'atto dell'entrata in vigore della presente legge e non previsti nell'allegato n. 10.

La giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, può indirizzare direttive alle unità sanitarie locali per la realizzazione delle finalità di cui al precedente comma.

Art. 14.

Verifica e aggiornamento del piano

Entro il 31 gennaio di ogni anno compreso nel periodo di validità del piano, le unità sanitarie locali debbono trasmettere al presidente della giunta regionale una relazione sullo stato di attuazione del piano stesso. La relazione deve contenere l'indicazione del grado di realizzazione delle previsioni della presente legge con particolare riferimento a quelle contenute nell'allegato n. 10 e dei livelli assistenziali raggiunti e deve essere predisposta sulla base di apposita direttiva emanata dalla giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Con riferimento all'art. 49, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro un mese dalla data di cui al primo comma, il presidente della giunta regionale presenta al consiglio una relazione generale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale.

Qualora nel corso del periodo di validità del piano si rilevino, anche sulla base delle relazioni di cui al primo comma, esigenze di aggiornamento dello stesso, il consiglio regionale vi provvede, su proposta della giunta.

Art. 15.

Organici delle unità sanitarie locali

Le unità sanitarie locali, nell'approvazione delle piante organiche del personale ai sensi dell'art. 6, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, assicurano che i presidi e i servizi siano dotati di un organico adeguato al raggiungimento degli obiettivi generali fissati dalla presente legge.

Art. 16.

Convenzioni con gli organi della sanità militare

Le finalità previste dall'art. 11, quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 883, sono realizzate attraverso apposite convenzioni stipulate fra la Regione e gli organi della sanità militare competenti per territorio. Tali convenzioni, una volta definite, fanno parte del piano sanitario regionale.

Le convenzioni di cui al precedente comma vanno attuate, per quanto concerne la definizione degli aspetti organizzativi, delle modalità operative e dell'utilizzazione delle strutture, con specifiche convenzioni da stipulare fra gli organi della sanità militare e le unità sanitarie locali.

Art. 17.

Convenzioni con le istituzioni sanitarie private

Le convenzioni tra le unità sanitarie locali e le istituzioni sanitarie private, di cui all'art. 44, secondo comma, lettera *a*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono stipulate, sulla base di quanto stabilito, ai sensi della stessa legge n. 833, dal titolo I, capo II e dal titolo II della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2.

Art. 18.

Termalismo terapeutico

La qualificazione e la valorizzazione delle prestazioni termali terapeutiche è attuata dalle unità sanitarie locali attraverso la integrazione delle prestazioni termali con le altre prestazioni sanitarie e la qualificazione delle strutture, secondo le indicazioni dell'allegato n. 11.

Le convenzioni con gli stabilimenti termali, di cui all'art. 44, secondo comma, lettera *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono stipulate dalle unità sanitarie locali, sulla base di quanto stabilito, ai sensi della stessa legge n. 833, dal titolo III della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2, in riferimento alle previsioni del richiamato allegato n. 11.

Titolo IV

RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ

Art. 19.

Convenzioni con le università

Le convenzioni fra la Regione e le università, stipilate sulla base degli schemi-tipo di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per le finalità previste dal predetto articolo e tenendo conto dei criteri di cui all'art. 23, secondo comma, della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, fanno parte del piano sanitario regionale.

L'apporto delle facoltà di medicina nel settore assistenziale è richiesto per la realizzazione delle previsioni contenute nell'allegato n. 10. A tali previsioni dovrà farsi altresì riferimento per l'individuazione dei servizi, dei presidi e delle strutture delle unità sanitarie locali che saranno utilizzati da parte delle facoltà di medicina per esigenze di didattica e di ricerca.

Alla nomina dei rappresentanti della Regione in seno alla commissione di cui all'art. 39, quinto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 ed alla stipulazione delle convenzioni di cui al primo comma provvede la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 20.

Convenzioni fra le università e le unità sanitarie locali

Le convenzioni di cui al precedente art. 19 sono attuate entro sei mesi dalla stipula delle stesse, ai sensi dell'ottavo comma dell'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In relazione all'utilizzazione di strutture assistenziali, con ambito di riferimento regionale, la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, può emanare direttive alle unità sanitarie locali per la stipulazione delle convenzioni di cui all'ottavo comma dell'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Titolo V

FINANZIAMENTO DEL PIANO

Art. 21.

Finanziamento del piano e trasferimento dei fondi alle unità sanitarie locali

Al finanziamento della presente legge si provvede sulla base degli stanziamenti specificamente iscritti nella legge di bilancio pluriennale della regione Emilia-Romagna per il triennio 1981-83, con riferimento al bilancio puriennale dello Stato per il medesimo periodo.

Gli stanziamenti annui di cui al precedente comma sono iscritti nel bilancio annuale della Regione e sono trasferiti alle unità sanitarie locali così finalizzati:

1) spesa di mantenimento:

a) spesa corrente, quota a destinazione indistinta;

b) spesa corrente, quota per interventi imprevisti;

2) spesa di sviluppo:

a) spesa corrente, quota a destinazione vincolata;

b) spesa in conto capitale.

Le unità sanitarie locali per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla presente legge utilizzano, secondo il metodo della programmazione, le risorse ad esse complessivamente trasferite.

Art. 22.

Finanziamento della spesa di mantenimento

La ripartizione fra le unità sanitarie locali delle quote del fondo sanitario nazionale per il finanziamento della spesa di mantenimento è effettuata sulla base di parametri numerici determinati con legge regionale, sentiti i comuni.

Con riferimento all'art. 51, quinto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i trasferimenti alle unità sanitarie locali delle quote ad esse assegnate sono disposti trimestralmente dalla giunta regionale.

Art. 23.

Finanziamento della spesa di sviluppo

I fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata e alla spesa in conto capitale sono destinati al finanziamento delle attività di cui agli allegati 12 e 13 e sono ripartiti dal consiglio regionale alle unità sanitarie locali secondo gli indirizzi della presente legge e sulla base di parametri che garantiscano un progressivo riequilibrio nella distribuzione delle risorse.

Per l'attivazione o il potenziamento dei servizi previsti dall'allegato n. 10 le somme destinate al finanziamento degli interventi di cui al presente articolo sono integrate, anche in relazione al disposto dell'art. 27, ultimo comma, della legge regionale 29 marzo 1980, n. 22, dalle eventuali economie derivanti dalla gestione corrente delle attività delle unità sanitarie locali, nonché da ogni altra risorsa utilizzabile dalle unità sanitarie locali medesime ai sensi delle leggi vigenti.

Titolo VI

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 24.

Utilizzazione provvisoria del personale presso le unità sanitarie locali

Nell'attesa dell'approvazione delle piante organiche da parte delle unità sanitarie locali e dell'inquadramento nel ruolo nominativo regionale del personale del servizio sanitario nazionale secondo le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, il personale appartenente agli istituti, enti e gestioni sanitarie soppressi ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è provvisoriamente utilizzato presso le unità sanitarie locali nel cui ambito territoriale sono compresi gli istituti, enti e gestioni sanitarie suddetti.

L'utilizzazione provvisoria del personale da parte delle unità sanitarie locali, in attesa del definitivo inquadramento nelle piante organiche, è effettuata tenuto conto dei profili professionali e delle posizioni funzionali del personale stesso, in relazione alle esigenze connesse all'attuazione della presente legge e alla organizzazione e al funzionamento dei servizi delle unità sanitarie locali previsti al titolo II, capo II, della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1.

Al personale di cui al primo comma è garantita la posizione giuridica e di livello funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente, istituto o gestione di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione allegate al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. In riferimento al quarto comma dell'art. 66 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, in via transitoria e nel rispetto dell'art. 64 del citato decreto del Presidente della Repubblica, la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, può indicare le posizioni funzionali da considerare equipollenti.

Art. 25.

Norme per l'assistenza psichiatrica

I servizi ospedalieri di cui al quinto comma dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 ed il numero di posti-letto di cui ciascuno è dotato sono individuati nell'allegato n. 10.

La temporanea deroga prevista dall'art. 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, scade il 31 dicembre 1980.

Art. 26.

Approvazione degli allegati

Sono approvati i seguenti allegati:

allegato n. 1 - Progetto-obiettivo « Tutela della procreazione libera e responsabile e della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva »;

allegato n. 2 - Progetto-obiettivo « Tutela della salute delle persone anziane »;

allegato n. 3 - Progetto-obiettivo « Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro »;

allegato n. 4 - Progetto-obiettivo « Igiene pubblica »;

allegato n. 5 - Progetto-obiettivo « Tutela della salute dei tossicodipendenti e prevenzione degli stati di tossicodipendenza »;

allegato n. 6 - Programma speciale « Organizzazione delle attività emodialitiche e di trapianto renale »;

allegato n. 7 - Programma speciale « Organizzazione della raccolta, della distribuzione e dell'utilizzo del sangue umano »;

allegato n. 8 - Programma speciale « Organizzazione delle attività cardiochirurgiche »;

allegato n. 9 - Programma speciale « Organizzazione di attività ortopediche ad alta specializzazione e di relativi programmi di ricerca finalizzata »;

allegato n. 10 - « Struttura organizzativa, ambito territoriale di riferimento, ubicazione e dimensionamento dei presidi e dei servizi delle unità sanitarie locali »;

allegato n. 11 - « Termalismo terapeutico »;

allegato n. 12 - « Spesa di sviluppo »;

allegato n. 13 - « Finanziamento dei progetti-obiettivo e dei programmi speciali per la quota a destinazione vincolata per la spesa di sviluppo nel triennio 1981-83 ».

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della regione Emilia-Romagna.

Bologna, addì 7 febbraio 1981

TURCI

ALLEGATO N. 1

Progetto-obiettivo

TUTELA DELLA PROCREAZIONE LIBERA E RESPONSABILE E DELLA MATERNITA' DELL'INFANZIA E DELL'ETA' EVOLUTIVA.

1. IL QUADRO LEGISLATIVO.

Il presente progetto-obiettivo contiene le indicazioni degli interventi nel settore da considerarsi prioritari in relazione alla specialità della situazione regionale.

Presupposto fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi è rappresentato dall'assetto individuato dalla legge regionale 10 giugno 1976, n. 22 « Istituzione del servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia » di cui si riconfermano gli indirizzi ed obiettivi. Detta legge, anche con riferimento alla legge 29 luglio 1975, n. 405, prefigura l'organizzazione dei servizi di cui all'art. 27 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1.

Le finalità e gli obiettivi della legge 22 maggio 1978, n. 194 « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza » concorrono a completare il quadro normativo di riferimento per la programmazione degli interventi nel settore.

2. GLI OBIETTIVI.

Mentre a livello nazionale l'obiettivo della riduzione degli indici di mortalità infantile si presenta come indiscutibilmente prioritario, tale situazione assume carattere di minor gravità nella Regione, come risulta dal seguente prospetto:

Indici di mortalità per anno
(per 100.000 nuovi nati)

	Italia	Emilia Romagna	Obiettivi del piano sanitario regionale
Mortalità materna	27,65	14,3	tendenziale riduzione a zero
Mortalità infantile	1.700	1.400	< 1.000
Mortalità perinatale	2.020	1.730	riduzione
Mortalità per malattia emolitica	46,35	20,43	tendenziale riduzione a zero

In ogni caso, anche in Emilia-Romagna, occorre perseguire l'obiettivo di un ulteriore abbassamento degli indici di mortalità materna e infantile. Tale obiettivo va peraltro inquadrato in una più generale azione volta a consolidare ed a sviluppare gli interventi per la tutela della procreazione libera e responsabile e della maternità, dell'infanzia e della età evolutiva.

In quest'ambito si costituiscono come obiettivi specifici:

la prevenzione delle gravidanze non desiderate, mediante la diffusione della conoscenza e l'utilizzo dei metodi contraccettivi;

la prevenzione dei rischi di natura genetica;

la riduzione dell'abortività spontanea;

la riduzione della mortalità materna in gravidanza, durante il parto e nel corso del puerperio;

la riduzione della mortalità perinatale, in particolare mediante la prevenzione delle malformazioni congenite e del « basso peso » alla nascita;

il miglioramento delle condizioni di assistenza e di degenza ospedaliera per parto e in relazione alla tutela psico-affettiva dei bambini ricoverati;

la diagnosi precoce delle enzimopatie ereditarie, dell'ipotiroidismo e delle mucoviscidosi in fase neonatale;

la diagnosi precoce delle minorazioni fisiche, neuromotorie, sensoriali e psichiche entro il primo anno di vita;

la riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori handicappati;

la promozione di una adeguata educazione alimentare in relazione alle diverse fasi dell'età evolutiva;

la promozione, la diffusione e la tutela sanitaria dell'attività motoria e sportiva, anche per la prevenzione dei paramorfismi;

la prevenzione, la diagnosi precoce e la cura delle carie e delle malposizioni dell'apparato masticatorio;

la prevenzione degli incidenti domestici mediante la diffusione della conoscenza dei rischi, dei comportamenti e delle norme di sicurezza.

3. Gli indirizzi e gli strumenti operativi.

3.1. Il fine della procreazione libera e responsabile presuppone l'attivazione di interventi volti a sviluppare l'informazione e l'educazione sanitaria sulla sessualità, sulla fisiologia dell'apparato genitale femminile e maschile, sulla procreazione e sui metodi contraccettivi. Tali interventi devono essere promossi, oltre che presso i consultori familiari, anche nelle istituzioni scolastiche, nei confronti degli insegnanti della scuola dell'obbligo e direttamente nei confronti della popolazione scolastica nelle altre scuole di ogni ordine e grado; nei luoghi di lavoro in collaborazione con il servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro e le organizzazioni sindacali; nei centri di aggregazione giovanile culturali e ricreativi, in collaborazione con i quartieri, i consigli di frazione e altre forme di partecipazione di base.

3.2. Per la prevenzione dei rischi di natura genetica devono essere realizzate, a livello di base, specifiche forme di consulenza genetica preconcezionale e gravidica in collegamento con i presidi ospedalieri, sedi di funzioni di genetica medica.

Nel campo della prevenzione e della cura della thalassemia, anche in considerazione dell'alta incidenza del fenomeno, in particolare nella provincia di Ferrara, devono prevedersi un migliore coordinamento ed un potenziamento degli interventi sia a livello diagnostico che terapeutico, con particolare riferimento alle funzioni del dipartimento materno infantile, alle funzioni di ematologia e a quelle trasfusionali.

3.3. Per quanto riguarda la riduzione dell'abortività spontanea è necessario intervenire sulle condizioni di lavoro, rimuovendo le cause di nocività presenti negli ambienti di lavoro, anche con riferimento a quanto indicato nel progetto-obiettivo « Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro ».

Deve inoltre essere assicurata la vigilanza sulla attuazione delle norme per la tutela delle lavoratrici madri e svolta una capillare informazione sui rischi derivanti dal prolungamento dell'attività lavorativa in gravidanza, in particolare nelle zone agricole.

3.4. Per quanto riguarda la riduzione della mortalità in gravidanza, durante il parto e nel corso del puerperio, nonché la riduzione della mortalità perinatale, si rende necessario potenziare gli interventi volti a favorire la preparazione della donna e della coppia alla gravidanza, al parto e all'allevamento del bambino e l'informazione e la preparazione psicoprofilattica al parto. Quest'ultima attività va sviluppata ulteriormente nell'ambito dell'organizzazione complessiva per dipartimento materno-infantile. Occorre inoltre potenziare gli interventi per l'identificazione e il trattamento delle gravidanze a rischio anamnestico e attuale che devono essere assistite presso i reparti indicati al successivo punto 4.2.

3.5. Per favorire il miglioramento delle condizioni di assistenza e di degenza ospedaliera per parto, anche al fine di una riconsiderazione della nascita, quale evento non patologico ma fisiologico, occorre soddisfare esigenze di carattere socio-culturale, psicologico ed affettivo anche mediante opportune modificazioni strutturali. In ottemperanza a quanto stabilito dalla legge regionale 1° aprile 1980, n. 24, deve essere favorita la presenza del bambino accanto alla madre al fine di consentire un più adeguato rapporto madre-bambino, di favorire la diffusione e la estensione dell'allattamento al seno ed una più immediata acquisizione di esperienza della madre nell'assistenza al figlio, nonché un minor pericolo di infezioni in relazione al minor numero di bambini presenti nello stesso ambiente. Anche per la realizzazione di queste finalità devono essere previste le necessarie modifiche strutturali.

Occorre inoltre garantire la possibilità della presenza del padre del nascituro o di altra persona di fiducia accanto alla partoriente.

Sul piano tecnico-funzionale occorre prevedere il superamento dei presidi che attuano un ridotto numero di prestazioni, l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature dei reparti ospedalieri e la concentrazione, presso sedi appositamente individuate, dei parti a rischio.

Per quanto concerne l'assistenza neonatale devono inoltre essere assicurate almeno due visite pediatriche, di cui la prima entro le ore 12 di vita, prima della dimissione dal reparto.

3.6. In ordine alla diagnosi precoce delle enzimopatie ereditarie, dell'ipotiroidismo congenito e della mucoviscidosi occorre fare riferimento alla specifiche previsioni della citata legge regionale n. 22 del 1976.

I nuovi casi attesi nel triennio 1981/1983 sono riportati nella seguente tabella:

Tipo di patologia	Indici	Nuovi casi attesi nel triennio 1981-83
Enzimopatie ereditarie (ex art. 8 L.R. n. 22/1976)	1 per 6.000 nati	16
Mucoviscidosi	1 per 2.000 nati	50

Per quanto concerne le enzimopatie ereditarie e l'ipotiroidismo ad ogni neonato deve essere assicurata la effettuazione del test mediante prelievo ematico in quinta giornata o comunque non prima della quarta giornata dall'inizio dell'alimentazione.

I tests devono essere inviati per l'esame al laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche del presidio ospedaliero dell'unità sanitaria locale n. 28 di Bologna che darà comunicazione dei risultati all'unità sanitaria locale di residenza del neonato.

La clinica pediatrica « terza » dell'Università di Bologna, collocata nell'unità sanitaria locale n. 28, e i presidi e i servizi sanitari dell'unità sanitaria locale di residenza del neonato garantiscono il controllo « longitudinale » dei casi riscontrati positivi.

Per la diagnosi precoce della mucoviscidosi, ad ogni neonato deve essere assicurato un test di screening. I neonati che risultano positivi devono essere sottoposti a « test del sudore » a un mese circa dalla nascita: quelli risultati negativi con sintomatologia di pneumopatia o enteropatia cronica referibile a mucoviscidosi, dovranno essere sottoposti a « test del sudore » indipendentemente dall'età. I test di screening sono effettuati

dai laboratori ospedalieri. Il centro di fisiopatologia respiratoria infantile dell'Università di Parma, collocato nell'unità sanitaria locale n. 4, e i servizi e presidi sanitari dell'unità sanitaria locale di residenza del bambino mucoviscidotico garantiscono l'approfondimento diagnostico e il trattamento terapeutico.

3.7. La diagnosi precoce delle minorazioni fisiche, neuromotorie, sensoriali e psichiche è effettuata mediante:

l'individuazione delle gravidanze a rischio;

l'individuazione dei neonati con rischio di minorazioni di tipo neurosensoriale;

controlli sull'attività neuromotoria e sensoriale in occasione delle visite pediatriche di routine prima delle dimissioni del neonato;

controlli periodici dello sviluppo neuromotorio, sensoriale e psicologico in occasione delle visite pediatriche di base e/o consultoriali.

Dovranno essere altresì assicurati, da parte dell'apposito presidio indicato nei prospetti di cui all'allegato n. 10 della presente legge, l'approfondimento diagnostico dei casi individuati, la predisposizione di programmi terapeutici e riabilitativi e la loro verifica.

Nell'ambito delle attività sopra richiamate è necessario dedicare particolare attenzione ai problemi connessi con gravi distorsioni nello sviluppo psicologico-relazionale; si richiama l'esigenza di predisporre programmi di attività che assicurino, soprattutto nel primo anno di vita, l'effettuazione di adeguati interventi di carattere diagnostico precoce e terapeutico da parte di personale qualificato.

Problemi particolari, soprattutto per quanto riguarda la diagnosi precoce e i trattamenti ortopedici nell'età evolutiva, si pongono nei casi di paramorfismi e dismorfismi del rachide. A questo proposito devono essere previsti un potenziamento delle attività di prevenzione e quelle ginnico-sportive in particolare, una maggiore organizzazione degli interventi nel campo della ginnastica medica e dei trattamenti ortopedici, una ulteriore qualificazione, infine, delle funzioni di chirurgia ortopedica anche con riferimento alle previsioni del programma speciale di cui all'allegato n. 9 della presente legge.

3.8. La riduzione del numero dei bambini handicappati ricoverati in istituti è stato uno degli obiettivi prioritari dell'azione della Regione e degli enti locali. La diagnosi e riabilitazione precoce, l'inserimento sociale e scolastico dei bambini handicappati e «l'appoggio» alle famiglie costituiscono le premesse essenziali per prevenire e rimuovere situazioni di bisogno, di emarginazione e di disagio dei portatori di handicaps.

Le strutture residenziali e/o semiresidenziali per handicappati gravi in età evolutiva previste, in ogni unità sanitaria locale, nei prospetti di cui all'allegato n. 10, devono essere considerate la soluzione da adottarsi solo in mancanza di idonee alternative.

Presso tali strutture devono essere assicurate dal servizio di cui all'art. 27 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, le necessarie prestazioni riabilitative.

3.9. Per quanto riguarda la promozione dell'educazione alimentare, esigenza primaria nella Regione è quella di correggere gli squilibri alimentari dovuti a non corretta alimentazione e non quella, più generale, di far fronte agli stati di iponutrizione.

La diffusione della conoscenza del valore e del significato nutrizionale degli alimenti in relazione alle diverse fasi dello sviluppo infantile può essere conseguita mediante una capillare attività di educazione sanitaria, con riferimento alla popolazione interessata, agli insegnanti e ai genitori dei bambini frequentanti le comunità educative, agli operatori delle comunità educative che provvedano anche alle somministrazioni di pasti, al fine della elaborazione e del controllo delle tabelle dietetiche. Particolare attenzione, nell'ambito dell'educazione alimentare, va riservata ai seguenti temi:

a) allattamento al seno e suo significato biologico e affettivo;

b) divezzamento;

c) prevenzione dell'obesità, del diabete e dell'ipertensione.

Infine è necessario prevedere specifiche forme d'intervento nei confronti dei bambini affetti da morbo celiaco, con particolare riguardo ai problemi diagnostici, dietetici e di carattere assistenziale.

3.10. Per quanto riguarda l'esigenza di promuovere attività motorie e sportive, occorre in primo luogo rilevare che le difficoltà di praticare tali attività, legate alla carenza di spazi verdi e alla non ancora sufficiente diffusione delle attrezzature sportive, si costituisce come una delle cause maggiori che stanno alla base di paramorfismi in età evolutiva.

Per favorire il raggiungimento degli obiettivi nel settore, è necessario provvedere alla piena applicazione delle norme delle leggi regionali 24 luglio 1979, n. 20 e 5 maggio 1980, n. 32.

3.11. L'alta incidenza delle carie in età evolutiva rende l'attività preventiva di primaria importanza al fine di una reale diminuzione del fenomeno. La prevenzione deve essere innanzitutto volta a promuovere l'igiene dentale mediante interventi capillari di educazione sanitaria, rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità educative. Per quanto riguarda le malposizioni dell'apparato masticatorio, vanno promosse iniziative anche di ordine organizzativo, già in fase di realizzazione in alcune realtà locali, volte a favorire l'erogazione delle prestazioni necessarie.

3.12. In ordine agli incidenti domestici, alcune ricerche hanno evidenziato che questi costituiscono un terzo delle cause di morte nella popolazione compresa fra gli 1 e i 14 anni e che ad ogni incidente mortale ne corrispondono 4 con esiti invalidanti e 150 con conseguenze comunque gravi. Occorre pertanto promuovere una capillare attività di educazione sanitaria tesa a diffondere le conoscenze delle maggiori fonti di rischio nell'ambiente domestico e nelle comunità educative e a divulgare le informazioni indispensabili per prevenire gli incidenti, nonchè la conoscenza delle norme elementari di pronto soccorso.

4. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E IL PERSONALE.

4.1. *Il servizio*

Il servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia, dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia è tra quelli dell'unità sanitaria locale previsti dalla legge 3 gennaio 1980, n. 1.

Il servizio assicura l'organizzazione unitaria degli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione, ivi compresi gli interventi di medicina di comunità, nonchè degli interventi sociali connessi alla tutela della famiglia, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva anche in conformità alle norme della legge regionale 1° giugno 1976, n. 22 e della legge 22 maggio 1978, n. 194.

Le indicazioni della presente legge di piano sanitario prevedono, tra i presidi e le strutture di cui si avvale il servizio:

un consultorio famigliare in ogni distretto (1);

un consultorio pediatrico in ogni distretto (1) idoneo ad assicurare, fino alla completa estensione dell'assistenza pediatrica di base, oltre agli interventi programmati per la popolazione da 0 a 2 anni, l'attività specialistica pediatrica fino al 12° anno di età, a supporto della funzione svolta dal medico di base non pediatra;

una o più strutture residenziali e/o semiresidenziali per handicappati gravi in età evolutiva dimensionate in relazione alle esigenze dell'utenza dell'unità sanitaria locale;

presidi per l'approfondimento diagnostico degli handicaps neuromotori sensoriali e psichici dell'infanzia nelle unità sanitarie locali sottoelencate.

U.S.L.	Ambito territoriale di riferimento
Piacenza	U.S.L. nn. 1, 2 e 3
Parma	U.S.L. nn. 4. 5, 6 e 7
Reggio Emilia	U.S.L. nn. 8, 9, 10, 11, 12 e 13
Modena	U.S.L. nn. 14, 15, 16, 17, 18 e 19
Bologna ovest	U.S.L. nn. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29
Ferrara	U.S.L. nn. 30, 31, 32, 33 e 34
Ravenna	U.S.L. nn. 35, 36 e 37
Forlì	U.S.L. nn. 38 e 39
Rimini nord	U.S.L. nn. 40 e 41

I suddetti presidi svolgono funzioni:

di impostazione e verifica periodica dei programmi per l'individuazione dei casi sospetti;

di approfondimento diagnostico e/o terapeutico dei casi individuati e di impostazione e verifica del programma riabilitativo;

di aggiornamento del personale.

Per assicurare l'erogazione delle prestazioni specialistiche con caratteristiche peculiari nei confronti delle esigenze della popolazione infantile e in età evolutiva (cardiologia, odonto-

(1) Deve essere prevista una progressiva unificazione della collocazione *strutturale dell'attività specialistica pediatrica, ostetrico-ginecologica* e consultoriale; dev'essere altresì favorita l'unificazione in un'unica struttura del consultorio familiare e di quello pediatrico.

stomatologia, oculistica e otorinolaringoiatria) deve essere prevista, per ogni unità sanitaria locale, la presenza di competenze specifiche nell'ambito del servizio di cui all'art. 29 della legge 3 gennaio 1980, n. 1.

Le competenze in materia di neuropsichiatria infantile sono comprese nel servizio.

4.2. *Il dipartimento materno-infantile*

Il servizio per la procreazione libera e responsabile per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia, nell'assicurare il coordinato utilizzo dell'attività del pediatra di base e delle funzioni specialistiche ambulatoriali, costituisce, con i reparti di pediatria e di ostetricia e ginecologia dell'ospedale, il dipartimento materno-infantile, al fine di garantire la continuità e l'interdisciplinarietà degli interventi.

Fanno parte integrante del dipartimento materno-infantile le funzioni ospedaliere di seguito riportate con l'indicazione della rispettiva ubicazione:

fisiopatologia della riproduzione: U.S.L. nn. 4, 28 e 35;
genetica medica: U.S.L. nn. 4, 28 e 31;
chirurgia pediatrica: U.S.L. nn. 4, 27, 28 e 31.

Presso i reparti di ostetricia e ginecologia delle unità sanitarie locali numeri 2, 4, 9, 16, 27, 28, 31, 35, 39 e 40 è assicurato il trattamento delle cosiddette « gravidanze a rischio »; nei reparti di pediatria delle stesse unità sanitarie locali sono altresì assicurate specifiche attività di terapia intensiva neonatale.

Alla realizzazione delle finalità e al conseguimento degli obiettivi del presente progetto, concorrono, oltre al servizio di cui al punto 4.1., i seguenti altri servizi delle unità sanitarie locali:

servizio per il coordinamento dell'attività medica di base, dell'attività specialistica ambulatoriale e dell'assistenza farmaceutica;

servizio per l'assistenza ospedaliera;

servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro;

servizio di igiene pubblica.

4.3. *Il personale*

Il fabbisogno orario per l'espletamento dell'insieme delle funzioni sanitarie del servizio e il conseguimento degli obiettivi del presente progetto, è determinato sulla base dei seguenti standards orientativi.

Operatori sanitari	N. ore annue per 10.000 abitanti
—	—
Medici ostetrici .	800
Medici pediatri	660 (*)
Neuropsichiatri infantili	220
Psicologi .	1.100
Assistenti sanitarie visitatrici - Infermieri professionali - Ostetriche .	2.900
Tecnici della riabilitazione (logopedisti, ortottisti, fisiokinesiterapisti) . .	2.200

(*) Di cui 300 per bambini da 0 a 2 anni e 360 per bambini da 3 a 12 anni qualora non sia assicurata l'assistenza del pediatra di base convenzionato.

Oltre al suddetto personale deve essere prevista la dotazione di personale per le strutture residenziali e/o semiresidenziali per handicappati gravi in età evolutiva nel rapporto di un operatore per ogni utente.

L'aggiornamento e la formazione permanente degli operatori è una delle condizioni fondamentali per la riqualificazione degli interventi sanitari nel settore. Una adeguata attività di aggiornamento deve avere le seguenti caratteristiche:

essere strettamente collegata alle esperienze lavorative e ai problemi emergenti dall'attività svolta;

essere inserita nell'ambito di una organizzazione del lavoro che consenta uno scambio costante di informazioni e conoscenze tra gli operatori anche con diversa qualifica professionale.

Si indicano inoltre, orientativamente, i seguenti temi di aggiornamento:

tecniche contraccettive, loro utilizzo in relazione alla condizione psico-fisica dell'utente;

sviluppo neurosensoriale e psicologico-relazionale nella prima infanzia;

alimentazione nell'infanzia e nell'età evolutiva e disturbi della nutrizione;

attività motoria nell'età evolutiva;

tecniche di conduzione di gruppo in riferimento all'attività di promozione, informazione ed educazione sanitaria;

tecniche di rilevazione del bisogno socio-sanitario.

5. Gli strumenti informativi.

Il sistema informativo, strumento essenziale della programmazione, non si costituisce come momento separato del complesso dell'attività svolta nel settore.

Il presente progetto-obiettivo prevede pertanto l'attivazione degli strumenti informativi per la rilevazione dei seguenti aspetti:

metodiche contraccettive e loro diffusione;

aborti spontanei e interruzioni volontarie delle gravidanze;

mortalità materna;

mortalità perinatale;

malformazioni;

handicaps neuromotori, sensoriali, psichici e di tipo relazionale;

grado di integrazione sociale nei minori handicappati.

Le indagini sono effettuate, in stretto collegamento con i servizi delle unità sanitarie locali anche avvalendosi dell'osservatorio epidemiologico e degli istituti universitari di ricerca.

Nell'ambito della corretta gestione del sistema informativo e al fine di garantire omogeneità metodologica d'intervento è necessario promuovere la generalizzata adozione e l'integrale compilazione della cartella pediatrica per tutta la popolazione infantile 0-3 anni e della cartella ostetrica per tutte le gravidanze.

6. Il finanziamento.

Il complesso degli interventi nel settore è finanziato attraverso quota parte della spesa corrente assegnata alle unità sanitarie locali e attraverso le speciali leggi che regolamentano le corrispondenti attività nel campo dell'assistenza sociale.

Il finanziamento previsto nel presente progetto è relativo alla spesa corrente integrativa ed è principalmente finalizzato al potenziamento e al riequilibrio territoriale degli interventi di carattere sanitario.

Il complesso degli interventi nel settore è finanziato attraverso quota parte della spesa di mantenimento assegnata alle unità sanitarie locali e attraverso specifiche leggi che regolamentano le corrispondenti attività nel campo dell'assistenza sociale.

Il finanziamento previsto dal presente progetto è compreso nei fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata ed è principalmente finalizzata al potenziamento e al riequilibrio territoriale degli interventi di carattere sanitario.

Si tratta di lire 2.680 milioni per l'anno 1981, di lire 2.970 milioni per l'anno 1982 e di lire 3.350 milioni per l'anno 1983.

Allegato n. 2

Progetto-obiettivo

TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE ANZIANE

1. Il quadro legislativo e programmatico.

1.1. Il presente progetto-obiettivo è formato principalmente sulla base delle indicazioni degli schemi di piano sanitario comprensoriale che hanno previsto, ai sensi della lettera *d*), secondo comma, dell'art. 8 della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, « le forme di coordinamento e di integrazione delle funzioni sanitarie con la attività dei servizi sociali, ed in particolare l'individuazione, la collocazione sul territorio e l'organizzazione delle strutture tutelari o residenziali a carattere assistenziale rivolte alla popolazione anziana ».

Il progetto tiene inoltre conto degli indirizzi regionali per la programmazione e la gestione dei servizi e degli interventi di assistenza sociale, degli elaborati della Regione e dell'ANCI regionale in merito alla formazione del personale e alla sua riqualificazione, dei risultati dei lavori della commissione tecnica nominata dal consiglio regionale per approfondire le problematiche relative agli anziani, nonché delle specifiche indicazioni contenute nei piani d'intervento elaborati dagli enti locali.

Il quadro di riferimento legislativo regionale per la promozione e l'organizzazione degli interventi nel settore è costituito:

dalla legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, che stabilisce, tra l'altro, le modalità organizzative dei servizi sanitari e la loro integrazione con i servizi sociali;

dalla legge regionale 1° settembre 1979, n. 30, che stanzia, tra l'altro, per gli anni 1979-1981, fondi per concorrere alle spese di istituzione, potenziamento e funzionamento dei servizi di assistenza domiciliare e per la trasformazione in case protette delle case di riposo o per l'istituzione di case protette;

dalla legge regionale 7 maggio 1975, n. 27, che ha, tra l'altro, stanziato per gli anni 1979-81 contributi per la costruzione, l'acquisto e il riattamento di appartamenti polifunzionali;

dalla legge regionale 8 aprile 1980, n. 25, che fissa norme per l'esercizio delle funzioni di assistenza sociale attribuite ai comuni ai sensi dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

2. GLI OBIETTIVI.

2.1 Il progressivo invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento del numero assoluto e relativo degli anziani, si presenta in Emilia-Romagna con valori più elevati rispetto a quelli nazionali.

Dal 1951 al 1971 la percentuale degli anziani ultrasessantenni sul totale della popolazione è passata, in Italia, dal 12,1 al 16,6%, in Emilia-Romagna dal 13 al 19,2%; gli ultrasessantenni residenti in Emilia-Romagna, al censimento del 1971, erano 739.718.

Tali valori non si distribuiscono uniformemente nel territorio regionale andando da un massimo di 21,7 e 21,6 nelle province di Parma e Piacenza ad un minimo di 16,6 nella provincia di Forlì; da un massimo di 28,2 nella U.S.L. n. 6 ad un minimo di 14,7 nella U.S.L. n. 17.

Questo invecchiamento della popolazione, oltre a richiedere attente indagini sulle modificazioni di istituti e di settori dell'organizzazione sociale più direttamente interessati dal fenomeno, pone problemi generali che investono le forze politiche e sociali e che attengono a diversi aspetti dell'intervento pubblico, richiedendo nel contempo un adeguamento ed una diversa organizzazione dei servizi sociali e sanitari.

Infatti le richieste di intervento da parte dei servizi sociali e sanitari, soprattutto nella fascia di età oltre i settantacinque anni, risultano sempre più numerose.

Si tratta, nella maggior parte dei casi, di richieste di specifiche prestazioni sanitarie, domiciliari e ambulatoriali, di interventi di carattere sociale rivolti a limitare il ricorso alla casa di riposo e di richieste di tutela in condizioni residenziali per gli anziani non autosufficienti.

Il presente progetto-obiettivo si costituisce quale quadro di riferimento per l'iniziativa di enti pubblici e privati per una gestione globale e unitaria della tutela della salute delle persone anziane.

2.2. Si costituiscono pertanto quali obiettivi del presente progetto:

la prevenzione e la diagnosi precoce delle situazioni patologiche che interessano con maggiore frequenza gli anziani, con particolare riguardo alla patologia dismetabolica e su base arteriosclerotica ed alle forme tumorali più diffuse;

il recupero e la rieducazione funzionale degli stati di invalidità, soprattutto nel campo della riabilitazione motoria e del linguaggio;

la prevenzione e il trattamento delle situazioni di disagio personale, psicologico e sociale dell'anziano, conseguenti a condizioni di povertà, di solitudine, di abbandono, a condizioni di decadenza fisica e alla mancanza di un alloggio adeguato;

il reinserimento sociale degli anziani autosufficienti ricoverati in casa di riposo e la individuazione di adeguate soluzioni alternative alla presenza di anziani cosiddetti «lungodegenti irrecuperabili» o «cronici» in ambiente ospedaliero, nelle infermerie delle case di riposo e negli ospedali psichiatrici.

3. L'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E GLI STRUMENTI OPERATIVI.

3.1 Il presente progetto-obiettivo, pur non prevedendo la attivazione di servizi sanitari appositi per gli anziani, individua le diverse funzioni sanitarie che più direttamente rispondono alle necessità proprie degli anziani, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni sanitarie infermieristiche e determinate funzioni specialistiche da assicurarsi a livello domiciliare ed ambulatoriale.

A livello distrettuale e a livello domiciliare devono essere effettuati i prelievi e le terapie iniettive e le prescrizioni specialistiche di cardiologia, oculistica, odontostomatologia, otorinolaringoiatria, nonché quelle rivolte al recupero e alla rieducazione funzionale

Le prestazioni sanitarie devono essere assicurate nell'ambito di un adeguato coordinamento organizzativo con i vari servizi sanitari dell'unità sanitaria locale, avendo particolare riguardo alla necessità di sviluppare forme di intervento che consentano trattamenti in regime di ospedalizzazione diurna.

In particolare tali trattamenti in regime di ospedalizzazione diurna devono essere assicurati anche in relazione alla riorganizzazione delle funzioni di geriatria previste al successivo allegato n. 10.

Queste attività devono fornire il necessario supporto sanitario ai servizi di assistenza sociale, a livello domiciliare, di appartamento e di casa protetta.

3.2. Gli interventi di ordine economico diretti al singolo od al nucleo familiare che si trovino in condizioni di bisogno possono avere carattere continuativo, in connessione al permanere della situazione di bisogno, oppure carattere eccezionale o straordinario.

Gli interventi economici di tipo continuativo devono tendere ad assicurare all'anziano od al suo nucleo familiare un minimo vitale, determinato sulla base dei fattori che normalmente concorrono a formare l'arco dei bisogni della persona o del nucleo familiare.

3.3. La possibilità di disporre di un appartamento rappresenta, in taluni casi, la condizione indispensabile per evitare all'anziano di dover ricorrere alla casa di riposo; d'altra parte ancora numerosi sono gli anziani che vivono in situazione di isolamento, in alloggi fatiscenti, privi di servizi igienici.

In alcuni casi si rendono pertanto necessari interventi di sistemazione dell'appartamento, che possono prevedere anche l'installazione di sistemi di comunicazione per segnalare eventuali urgenti necessità, mentre in altri si rende indispensabile il reperimento di un alloggio adeguato. In questa ultima direzione, in attuazione della legge 5 agosto 1978, n. 457, la Regione ha predisposto programmi di localizzazione degli interventi che assegna agli anziani una quota percentuale di alloggi sul totale di quelli finanziati.

3.4. L'assistenza domiciliare si costituisce come intervento fondamentale nei confronti di anziani non autosufficienti per i quali il nucleo familiare o non esiste o non è in grado da solo di fornire, anche temporaneamente, l'aiuto necessario, ed ha lo scopo di favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale.

Le prestazioni che in generale vengono assicurate attraverso l'assistenza domiciliare sono:

aiuto per il governo della casa e per l'assistenza diretta alla persona, anche allo scopo di favorirne l'autosufficienza;

le attività di tipo infermieristico, quando siano complementari all'attività assistenziale e tutelare.

Nella tabella 1, allegata al presente progetto-obiettivo, sono indicati, per ciascuna unità sanitaria locale, il numero di unità di personale in servizio e il fabbisogno minimo di personale per raggiungere l'obiettivo di fornire assistenza almeno al 2 per mille della popolazione, considerando accettabile un rapporto tra unità di personale e utenti pari a uno a dieci.

Devono inoltre essere promossi e favoriti quegli interventi di carattere sociale (degli enti locali, dei quartieri, delle associazioni di volontariato, ecc.) che, accanto all'assistenza domiciliare ed integrandosi con essa, possono concorrere al mantenimento dell'anziano in un ruolo di attiva partecipazione alla vita sociale.

3.5. L'appartamento protetto rappresenta la risposta residenziale tutelare alternativa alla casa protetta.

L'appartamento protetto è una struttura residenziale in grado di ospitare piccoli gruppi, fino ad un massimo di 5 o 6 anziani, situato, per garantire la necessaria integrazione degli anziani ospitati con gli altri cittadini, nel normale contesto abitativo. All'appartamento protetto deve essere in generale assicurata l'assistenza domiciliare.

Nella tabella 2, allegata al presente progetto-obiettivo, sono indicati, per ciascuna unità sanitaria locale, l'ubicazione, il numero degli attuali appartamenti polifunzionali e gli obiettivi da raggiungere nel triennio, attraverso i finanziamenti assicurati dalle leggi regionali in precedenza richiamate.

3.6. La casa protetta è una struttura assistenziale a carattere residenziale, dotata di un ambiente abitativo confortevole, adatto alla vita di relazione, in grado di fornire elevati livelli di protezione, di tutela e di aiuto, destinata prioritariamente alle persone non autosufficienti sul piano fisico e psichico.

La casa protetta deve altresì offrire ospitalità a quegli anziani autosufficienti che continuino a richiederla, garantendo loro livelli assistenziali diversi e la possibilità di disporre di spazi e servizi adeguati.

Infatti, mentre all'anziano autosufficiente o parzialmente autosufficiente può facilmente essere garantita, con la collaborazione dei servizi sanitari e sociali del territorio, la permanenza nel normale ambiente di vita, all'anziano colpito da infermità permanente, ovvero in condizioni di invalidità mo-

toria, ovvero con alterazioni sensibili nel comportamento, ovvero con limitata autonomia a causa di deficit degli organi di senso, deve essere consentito il ricorso anche a strutture tutelari di carattere residenziale.

La situazione regionale attuale è caratterizzata da squilibri e carenze determinati o da mancanza di strutture o da un uso inadeguato delle stesse. Infatti anche se in Emilia-Romagna esiste una notevole disponibilità di posti letto in case di riposo pubbliche e private (dalle stime regionali risulta che in Emilia-Romagna sono presenti circa 270 case di riposo di cui 170 pubbliche e 100 private con una disponibilità totale di circa 17.000 posti letto), tali strutture si presentano distribuite in modo non omogeneo sul territorio e soprattutto non adeguato, per carenze strutturali o per una scelta distorta della utenza. Le case di riposo infatti ricoverano in larga misura anziani autosufficienti: in molti casi l'anziano non autosufficiente non è ammesso, snaturandosi in questo modo la funzione della struttura stessa.

Tra le strutture ve ne sono alcune in grado, relativamente all'aspetto abitativo, di ospitare anziani non autosufficienti, che possono trasformarsi in casa protetta semplicemente adeguando l'organizzazione del lavoro del personale e altre, gravemente fatiscenti o inadeguate alle esigenze di vita degli anziani non autosufficienti, che possono trasformarsi in case protette soltanto attraverso riadattamenti più complessivi.

Il presente progetto si pone quale obiettivo da raggiungere nel corso del triennio, quello di attivare, in ogni unità sanitaria locale, un numero sufficiente di posti residenziali protetti per anziani non autosufficienti sul piano fisico e psichico.

Tale obiettivo si intende raggiungere mediante:

graduale riconversione delle case di riposo pubbliche in case protette, favorendo anche, per le strutture inadeguate, processi di trasformazione da attuarsi con finanziamenti regionali e locali ed utilizzando risorse derivanti dal reinvestimento di patrimoni di enti assistenziali pubblici presenti nel territorio;

creazione di nuove strutture da adibire a case protette nelle zone caratterizzate da grave carenze delle stesse;

convenzionamento con case di riposo private che intendono adeguare la propria struttura organizzativa nella direzione della casa protetta.

La tabella n. 3 individua le case protette per anziani che si prevede di realizzare nel corso del triennio, attraverso la trasformazione di preesistenti istituzioni di ricovero o attraverso la realizzazione di nuove strutture.

Nel triennio di validità del piano sanitario regionale, per tutte le strutture di ricovero presenti nel territorio non individuate alla tabella n. 3, dovranno inoltre essere formulate, con il concorso degli enti interessati, dei comuni, delle unità sanitarie locali, proposte in merito a processi di trasformazione e riconversione delle strutture stesse che consentano una loro maggiore aderenza alle reali esigenze del territorio.

Tale previsione è tuttavia minimale e soggetta a modificazioni in relazione agli eventuali successivi stanziamenti regionali secondo la legge regionale 1° settembre 1979, n. 30, all'aggiornamento del piano sanitario regionale, nonché all'utilizzo di risorse finanziarie degli enti locali.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che i bisogni assistenziali della quasi totalità degli anziani cosiddetti «lungodegenti irrecuperabili» o «cronici», per i quali la prognosi medica non preveda alcuna attività clinica in grado di far regredire lo stato globale dei postumi invalidanti, né migliorarne lo stato generale di salute, non vengono adeguatamente soddisfatti dal ricovero in ospedale o presso le cosiddette infermerie delle case di riposo, né tanto meno, dalla permanenza in ospedale psichiatrico: le esigenze assistenziali di questo gruppo di popolazione devono invece trovare prevalente risposta a livello delle strutture residenziali protette (appartamenti, case protette) presenti nel territorio, o risultanti dalla riconversione di strutture di ricovero esistenti.

4. La formazione e la riqualificazione del personale.

La qualificazione del personale delle case protette e addetto all'assistenza domiciliare costituisce la condizione essenziale per garantire l'efficacia delle prestazioni.

In alcuni casi, per le attività assistenziali domiciliari, al personale vengono affidati compiti esclusivamente di aiuto domestico, in altri, compiti anche di carattere infermieristico; nella maggioranza delle case di riposo il personale svolge mansioni esclusivamente di carattere ausiliario, mentre le attività di assistenza diretta alla persona vengono affidate al personale infermieristico.

Attualmente il suddetto personale non ha una qualificazione professionale legalmente riconosciuta.

L'obiettivo è quello di prevedere, per le attività di assistenza domiciliare e per la casa protetta, una figura professionale specifica, alla quale assegnare una precisa qualifica e fornire la possibilità di svolgere, oltre alle attività di aiuto domestico e di tutela, anche quelle di assistenza diretta alla persona e di carattere infermieristico, quando siano complementari alle attività assistenziali e tutelari.

Si vuole in questo modo formare una figura professionale in possesso della necessaria polivalenza operativa sia funzionale all'organizzazione dell'assistenza domiciliare e delle case protette.

Per pervenire a tale obiettivo la regione Emilia-Romagna, d'intesa con altre regioni, ha proposto ai competenti organi centrali dello Stato un documento teso a sollecitare le necessarie modificazioni legislative nazionali per legalizzare la figura professionale ipotizzata.

Nel triennio dovranno essere organizzati corsi per la riqualificazione del personale in servizio e corsi per la formazione di nuovo personale.

Dovranno inoltre essere previsti, nei programmi di studio delle scuole di formazione del personale sanitario non medico, insegnamenti attinenti gli interventi sanitari e sociali a favore delle persone anziane.

5. Il finanziamento.

Il presente progetto-obiettivo è finanziato attraverso i fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata con una quota di lire 1.900 milioni per l'anno 1981, di lire 2.670 milioni per l'anno 1982 e di lire 3.430 milioni per l'anno 1983; il finanziamento è destinato al potenziamento delle attività sanitarie in genere e delle attività mediche di base, specialistiche e riabilitative di supporto alle attività di assistenza sociale, comprese le prestazioni sanitarie infermieristiche in case e appartamenti protetti.

Al finanziamento degli interventi riguardanti l'allestimento di appartamenti protetti concorre la legge regionale 7 maggio 1975, n. 27 «Concessione di contributi in conto capitale ai comuni per la costruzione, l'acquisto e il riattamento di appartamenti polifunzionali» che ha stanziato ed erogato per gli anni 1979-81 la somma di 2 miliardi di lire.

Al finanziamento degli interventi riguardanti l'istituzione ed il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare e l'istituzione di case protette, concorre la legge regionale 1° settembre 1979, n. 30 «Interventi promozionali per la realizzazione ed il potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane» che ha stanziato per gli anni 1979-81 la somma di 9 miliardi di lire.

Tabella 1

Attivita' di assistenza domiciliare per le persone anziane

(*Omissis*).

Tabella 2

Appartamenti per gruppi di anziani

(*Omissis*).

Tabella 3

Case protette per anziani

(*Omissis*).

Allegato n. 3

Progetto-obiettivo:

TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI IN AMBIENTE DI LAVORO

1. Il quadro legislativo e programmatico e gli obiettivi.

1.1. Ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, tutte le funzioni amministrative in materia di prevenzione e sicurezza, non espressamente riservate allo Stato, sono attribuite ai comuni che le esercitano mediante le unità sanitarie locali. Le unità sanitarie locali, nell'ambito delle proprie competenze, devono provvedere all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

La legge attribuisce inoltre alle unità sanitarie locali i compiti svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, nonché i compiti e le funzioni attualmente svolti dall'ENPI e dall'ANCC.

Nell'ambito di tali attribuzioni, l'attività di prevenzione delle unità sanitarie locali comprende in particolare:

l'individuazione, l'accertamento, il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro;

la comunicazione dei dati accertati;

l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro;

la formulazione di mappe di rischio;

la verifica delle compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di attività produttive con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute.

La succitata legge n. 833/78 prevede altresì che, per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell'ambiente, le unità sanitarie locali organizzino propri « servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro ».

A taluni operatori del servizio, su proposta del presidente della Regione, il prefetto attribuirà la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ed agli stessi saranno estesi i poteri di accesso e di diffida di cui agli articoli 8 e 9 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520.

La regione Emilia-Romagna, mediante appositi provvedimenti legislativi (legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33 e legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1) ha previsto la costituzione, per ciascuna unità sanitaria locale, di due distinti servizi territoriali per quanto concerne i problemi della prevenzione nei luoghi di lavoro (comprensivi degli aspetti sia sanitari che ambientali) e i problemi dell'igiene pubblica (con le relative competenze in materia di tutela dell'ambiente esterno dagli inquinamenti).

Ne consegue, in particolare, che il servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro è uno dei servizi che l'unità sanitaria locale organizza al proprio interno, secondo criteri di autonomia tecnico-funzionale, ma, al tempo stesso, mediante uno stretto collegamento operativo con gli altri servizi, in modo specifico con il servizio di igiene pubblica. Particolare importanza riveste, a questo proposito, la collaborazione tra i due servizi in materia di rilascio di licenze edilizie, così come previsto dalla legge regionale n. 33/1979 (art. 9).

1.2. Il presente progetto-obiettivo indica gli obiettivi da realizzarsi nel triennio nel settore della prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro e le risorse disponibili nell'ambito del fondo sanitario regionale

Gli obiettivi definiti per il triennio 1981-83 secondo criteri di priorità connessi ai rischi professionali più gravi e diffusi nella Regione, si realizzano mediante l'utilizzo integrato, da parte delle unità sanitarie locali, di tutte le strutture e dei presidi sanitari territoriali. Come espressamente previsto dal secondo comma dell'art. 20 della legge n. 833/1978, nell'esercizio ad esse attribuito per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali si avvalgono degli operatori dei propri servizi di prevenzione, dei presidi multizonali di prevenzione nonché degli operatori che, nell'ambito della loro competenza, erogano prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Costituiscono finalità fondamentali del progetto-obiettivo, anche sulla base di quanto previsto dall'art. 2 della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33:

promuovere indagini e ricerche su specifici problemi di rischio e di danno di origine professionale, anche mediante la elaborazione e l'attuazione di pani mirati finalizzati all'accertamento ed alla rimozione delle cause di nocività presenti in determinati settori produttivi;

formulare, in collaborazione con il servizio di igiene pubblica secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti di igiene dei singoli comuni, pareri preventivi sui soggetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere, nonché sulla ristrutturazione degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute dei lavoratori;

formulare indicazioni circa le misure idonee alla eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia;

predisporre mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche, nonché i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;

procedere all'individuazione, accertamento, controllo dei fattori di nocività e pericolosità esistenti negli ambienti di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia;

sovraintendere ad una corretta impostazione e gestione degli strumenti informativi;

promuovere, anche mediante la collaborazione di università e istituti di ricerca, iniziative nel campo della formazione e dell'educazione sanitaria finalizzate ad elevare i livelli di partecipazione dei lavoratori e della popolazione in generale ed a realizzare una diffusione sistematica delle conoscenze sui temi della nocività ambientale e della patologia professionale;

porre a disposizione dei lavoratori, per l'esercizio dei diritti sanciti dall'art. 9 della legge 20 maggio 1970, n. 300, le strutture tecniche e operative necessarie.

1.3. Il presente progetto-obiettivo si articola sostanzialmente in sette aree fondamentali d'intervento, al cui interno si collocano le diverse azioni programmatiche da realizzare nel triennio, e cioè:

progressiva unificazione, a livello dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, di tutte le funzioni di vigilanza in materia di sicurezza attribuite alle unità sanitarie locali dalla legge n. 833/1978;

riassetto organizzativo e potenziamento strutturale dei servizi e dei presidi preposti alla prevenzione dei rischi lavorativi;

promozione di attività di ricerca finalizzata nel settore della nocività ambientale, della quale i piani « mirati » d'intervento costituiscono parte integrante;

realizzazione di appositi programmi formativi e di aggiornamento del personale operante nei servizi, anche mediante la diretta collaborazione di istituti universitari;

attivazione di un sistema informativo fondato sulla predisposizione di mappe di rischio a livello territoriale e sull'uso di appositi strumenti di informazione;

costituzione di un centro regionale di documentazione sui rischi e danni da lavoro;

realizzazione di piani « mirati » di intervento per settore o comparto di interesse regionale.

2. Il riassetto organizzativo e strutturale.

2.1. In conformità a quanto previsto dalle citate leggi regionali n. 33/1979 e n. 1/1980 tutte le competenze assegnate alle unità sanitarie locali in materia vengono esercitate, con autonomia tecnico-funzionale, dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro.

Con il definitivo scioglimento dell'ENPI e dell'ANCC, nonché con il trasferimento delle competenze e del personale dalle sezioni mediche, chimiche e antinfortunistiche degli ispettorati del lavoro, sarà possibile giungere ad una effettiva unificazione di tutte le funzioni di vigilanza che, anch'esse, faranno capo, in modo prevalente, ai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, essendo i presidi multizonali di prevenzione strutture tecniche di supporto dei servizi delle unità sanitarie locali.

Eventuali. particolari funzioni che potranno essere svolte in forma diretta dai presidi multizonali di prevenzione, e tra queste talune funzioni di vigilanza riguarderanno materie specifiche, la cui precisa individuazione verrà determinata da apposito provvedimento legislativo regionale.

2.2. Particolare rilievo riveste l'individuazione degli operatori che dovranno assumere la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria.

Come previsto dall'art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 e dalla stessa legge n. 833/1978 il prefetto nominerà, su proposta del presidente della giunta regionale, gli operatori che assumeranno la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, nonché il potere di accesso attribuito agli ispettori del lavoro e la facoltà di diffida.

Pur presentando l'attività ispettiva peculiarità e modalità di intervento sue proprie, è necessario si realizzi la massima integrazione delle funzioni di indagine e di prevenzione con quelle più propriamente di vigilanza già esercitate dagli ispettori del lavoro. Solo in tal modo l'attività di vigilanza potrà superare i limiti manifestatisi in passato, assumendo contenuti autenticamente preventivi.

La « facoltà di diffida » comporta un ampio potere di apprezzamento discrezionale. E' da sottolineare infatti, al riguardo, la particolare facoltà degli ispettori, prima di effettuare la denuncia all'autorità giudiziaria di eventuali reati di cui vengano a conoscenza a causa delle loro funzioni, di intimare ai responsabili la regolarizzazione delle situazioni contrarie alla legge accertate.

La necessità di assicurare uniformità nell'uso del potere di accesso e della facoltà di diffida e di evitarne un uso improprio impone che sia l'organo responsabile a fornire le direttive e precise istruzioni per l'esercizio di tale facoltà e a coinvolgere direttamente le rappresentanze sindacali dei lavoratori nella fase di raccolta delle informazioni, come già espressamente previsto dalla circolare del Ministero del lavoro del 20 giugno 1974, n. 118.

Il testo unico di cui all'art. 24 della legge n. 833/1978 dovrà peraltro definire più adeguate procedure e modalità operative per quanto concerne lo svolgimento delle funzioni di vigilanza.

2.3. Il controllo preventivo sui nuovi insediamenti produttivi costituisce un'attività di fondamentale importanza per conoscere, limitare e rimuovere, fin dalla fase di progettazione e di avvio di nuovi impianti produttivi, le eventuali possibili fonti di nocività.

A questo fine il servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro, attraverso un intervento a carattere interdisciplinare e in collaborazione con il servizio di igiene pubblica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti dei singoli comuni, formula pareri preventivi sui progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere, nonché su ristrutturazione, modifica o ampliamento degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute dei lavoratori e della popolazione.

A questo fine i servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro delle unità sanitarie locali dovranno disporre, anche mediante intese tra loro, di unità operative con competenze professionali in campo impiantistico e della collaborazione dei servizi tecnici comunali.

Spetta inoltre al servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro l'esercizio delle competenze attribuite ai comuni dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 e dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riferimento alle funzioni già svolte dagli ispettorati provinciali e regionali del lavoro di cui all'art. 48 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, concernenti l'istituto della notifica sugli impianti industriali.

Nel corso del triennio, anche in relazione ai contenuti normativi del decreto di cui all'art. 24 della legge n. 833/1978, verranno definite specifiche procedure operative connesse ai controlli sui nuovi impianti.

2.4. Gli accertamenti sanitari periodici imposti dalla legge o da disposizioni delle autorità competenti (visite mediche generali o specialistiche, esami di laboratorio, indagini strumentali), possono risultare assai utili all'attività di prevenzione a condizione che siano:

mirati su rischi specifici;

valutati non solo individualmente ma anche sul piano epidemiologico;

correlati con i dati ambientali;

sensibili e specifici (per quanto riguarda gli esami di laboratorio).

I servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, per esercitare correttamente i propri compiti istituzionali anche in questo settore, uniformandosi alle disposizioni della legge regionale n. 33/1979, devono:

indicare, sulla base dei risultati delle indagini ambientali, delle conoscenze scientifiche e anche delle ricerche eventualmente avviate a questo scopo, quali accertamenti sanitari devono essere eseguiti per gli addetti ad ogni singola lavorazione o comparto, e con quale modalità e periodicità;

elaborare epidemiologicamente i dati sanitari (sia a livello di singolo luogo di lavoro che di area territoriale), correlarli ai dati ambientali, diffondere i risultati di queste ricerche;

curare, in collaborazione con i lavoratori, l'aggiornamento dei registri dei dati biostatistici;

accertarsi che vengano eseguite le denunce di infortunio e di malattia professionale nei modi previsti dalle leggi;

organizzare anche in collaborazione con i presidi multizonali di prevenzione e con le università specifiche forme di aggiornamento dei medici di base.

Mentre il coordinamento e la gestione territoriale dei dati relativi agli accertamenti sanitari periodici spetta ai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, la diretta esecuzione di tali accertamenti deve essere di norma affidata a medici di base che si avvarranno, per gli esami di laboratorio e strumentali e per le consulenze specialistiche, dei laboratori e dei presidi sanitari esistenti in ogni singola zona.

In casi particolari il servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro può eseguire direttamente accertamenti sanitari che, per rilevanza o diffusione del rischio a cui fanno riferimento, richiedano una speciale impostazione metodologica.

I medici di base, incaricati dell'esecuzione degli accertamenti sanitari periodici, devono:

rispettare gli standards forniti dalle autorità competenti;

approfondire la conoscenza dei rischi cui sono esposti i lavoratori anche mediante sopralluoghi negli ambienti di lavoro effettuati congiuntamente al servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro;

compilare e mantenere aggiornate, per la parte di propria competenza, la scheda personale di rischio garantendo per questo tramite la corretta e costante informazione dei medici curanti nel caso in cui non siano essi i diretti esecutori degli accertamenti periodici;

effettuare agli organi competenti le necessarie denunce di infortunio e malattie professionali;

assicurare il ritorno completo e tempestivo dei risultati degli accertamenti al servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro e garantire, in collaborazione con tale servizio, la diffusione delle informazioni tra i lavoratori;

partecipare ai momenti di aggiornamento specifico organizzati dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro;

svolgere opera di educazione sanitaria tra i lavoratori e la popolazione.

2.5. Condizione fondamentale per garantire un effettivo esercizio di tutte le funzioni previste dal presente progetto-obiettivo, nonchè dalla legge regionale n. 33/1979, è procedere, nel triennio, ad un ulteriore potenziamento quali-quantitativo di tutti i presidi preposti alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Tale potenziamento riguarderà, nel triennio:

a) il personale dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro e le attrezzature dei laboratori di igiene ambientale;

b) i presidi multinazionali di prevenzione.

2.5.1. I servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro.

Per quanto concerne il personale operante nei servizi, si prevede un potenziamento tale da garantire, nel triennio, anche in conformità a quanto previsto dagli schemi dei piani sanitari comprensoriali la presenza delle professionalità tecniche, previste dall'art. 4 della citata legge regionale n. 33, in quantità corrispondente alle differenziate esigenze locali e tenendo conto delle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

La qualificazione del personale dovrà tener conto delle differenziate realtà territoriali con particolare riferimento al numero dei lavoratori occupati nei diversi settori produttivi (agricoltura, industria, terziario).

Sulla base inoltre delle disposizioni contenute nella legislazione nazionale e regionale in materia di accertamenti sanitari periodici, occorrerà disporre di personale a tempo parziale ed a rapporto convenzionato, le cui prestazioni, collocandosi in un'area di attività non dovute da parte delle unità sanitarie locali in base alla normativa vigente, potranno variare quantitativamente nelle diverse realtà territoriali anche in relazione alle richieste di cui all'art. 10 della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33.

Per quanto concerne invece il personale a tempo pieno dei Servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, preposto agli adempimenti di cui all'art. 2 della citata legge regionale sulla «Tutela della salute nei luoghi di lavoro», occorrerà nel triennio procedere ai necessari potenziamenti tali da assicurare la presenza delle unità operative previste nella tabella 2 allegata al presente progetto-obiettivo.

Il potenziamento degli organici dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro dovrà avvenire sia mediante la assunzione da parte delle unità santarie locali di nuove unità operative, sia mediante l'acquisizione di personale proveniente dagli ispettorati del lavoro e dell'ENPI.

2.5.2. I laboratori di igiene ambientale.

Premesso che il laboratorio di igiene ambientale non costituisce un presidio a sè stante, ma l'insieme delle attrezzature laboratoristiche a disposizione dei servizi di igiene pubblica, dei servizi veterinari e dei servizi di medicina del lavoro, si prevede, nel triennio, un potenziamento di tali strutture, secondo quanto previsto nel progetto obiettivo «Igiene pubblica».

Di norma deve essere prevista l'attivazione di una struttura laboratoristica per ogni unità sanitaria locale. Nell'allegato 10 alla presente legge è indicata l'ubicazione di detti presidi.

2.5.3. I presidi multizonali di prevenzione.

I presidi multizonali di prevenzione, che la Regione deve istituire « in relazione all'ubicazione e alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi », sono preposti « al controllo e alla tutela dell'igiene ambientale ed alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali ».

I presidi multizonali di prevenzione si configurano come strutture polifunzionali con caratteristiche di supporto tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali, con particolare riferimento ai servizi di igiene pubblica e di medicina preventiva e igiene del lavoro.

Nel corso del triennio, con la necessaria gradualità e con appositi provvedimenti regionali, si procederà alla ristrutturazione dei presidi esistenti, realizzando, in particolare, un riassetto organizzativo complessivo delle funzioni e dei compiti già svolti dagli enti ed organismi soppressi (ANCC, ENPI), nonchè dai laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Ciò richiederà una fase transitoria e di avvio che dovrà realisticamente tenere conto delle difformi situazioni esistenti; occorrerà quindi procedere prioritariamente, nelle singole realtà locali, ad una accurata ricognizione della consistenza delle strutture esistenti e individuare il personale e le attrezzature degli enti soppressi, da assegnare, rispettivamente, ai servizi ed ai presidi multizonali di prevenzione.

I profili professionali degli operatori da collocare complessivamente nei presidi multizonali di prevenzione potranno essere certamente meglio delineati nel triennio di validità del piano. Occorre comunque garantire, fin dalla fase di impianto di tali presidi, la presenza, nei vari campi di attività, delle seguenti figure professionali: chimici, biologi, medici, ingegneri, fisici.

Condizione decisiva per un efficace funzionamento del presidio multizonale di prevenzione è la programmazione della propria attività. A questo fine le unità sanitarie locali dovranno garantire la necessaria selezione della domanda proveniente dal territorio, anche per consentire una utilizzazione razionale delle attrezzature e del personale.

I settori di attività dei presidi multizonali di prevenzione alla cui istituzione e organizzazione si provvede con apposita legge regionale, sono:

il settore chimico-ambientale;

il settore fisico-ambientale;

il settore biotossicologico;

il settore impiantistico-antinfortunistico.

I suddetti settori di attività svolgono funzioni che riguardano sia problemi della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, che di igiene pubblica e di tutela della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Il settore impiantistico-antinfortunistico comprende tra l'altro il collaudo e la verifica di macchine, impianti e mezzi di protezione, prodotti, installati e utilizzati nel territorio di competenza sulla base di quanto previsto dall'art. 20 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Vengono a tal fine svolte dal settore le funzioni di controllo tecnico (di competenza delle U.S.L.) già esercitate dall'ENPI e dall'ANCC, mediante l'utilizzo del personale di detti organismi, in conformità alle norme di cui all'art. 72 della legge n. 833.

Compiti specifici, d'ambito regionale, potranno essere attribuiti ad alcuni presidi multizonali di prevenzione per quanto attiene all'analisi e alla revisione di progetti d'impianti di particolare complessività, al controllo sugli scarichi radioattivi, al funzionamento di strutture regionali od interregionali di radioprotezione, al controllo della radioattività ambientale. Questi ultimi compiti saranno svolti in collegamento con il Comitato nazionale energia nucleare, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro ed altri eventuali istituti di ricerca.

Il presidio multizonale di prevenzione, mediante i propri addetti con qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, dovrà svolgere, in collaborazione con i servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, funzioni ispettive e di controllo relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro.

Di fondamentale importanza appare inoltre lo svolgimento delle seguenti attività:

documentazione tecnica e scientifica sui problemi della sicurezza; si tratta di una attività da svolgere in stretto collegamento con i centri di documentazione dei vari enti ed istituti operanti nel campo della prevenzione e con lo specifico settore di attività in materia di documentazione sui rischi e danni da lavoro, previsto al successivo 5.3.;

formazione e aggiornamento del personale, anche attraverso la predisposizione di appositi corsi di aggiornamento e la partecipazione ad attività specifiche di formazione;

controllo di qualità delle determinazioni analitiche; attività di fondamentale importanza per la standardizzazione delle metodiche che verranno definite dall'Istituto superiore di sanità e dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Ai suddetti istituti spetta infatti la determinazione delle procedure per i controlli di qualità, mentre è di competenza dei presidi multizonali di prevenzione l'effettuazione dei controlli sul piano operativo.

L'organizzazione dei presidi multizonali di prevenzione dovrà ispirarsi ai principi della partecipazione degli operatori e dell'interdisciplinarietà degli interventi.

Dovanno inoltre essere adottate soluzioni organizzative e di coordinamento che favoriscono la collegialità delle decisioni, evitando strutture rigidamente burocratiche.

La ripartizione organizzativa del presidio multizonale di prevenzione si fonda essenzialmente su una aggregazione funzionale per materie omogenee delle varie competenze già svolte dall'ENPI, dall'ANCC e dai laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Tale aggregazione risponde alla necessità che il presidio multizonale di prevenzione realizzi la propria attività secondo modelli flessibili e valorizzi al massimo il lavoro interdisciplinare. Ne consegue pertanto che:

per ogni settore dovrà prevedersi una funzione di coordinamento;

per le diverse materie di ogni settore dovranno essere definite precise responsabilità;

l'azione operativa di ogni settore di attività dovrà concretizzarsi, di norma, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro per materie omogenee, sia in relazione ai diversi progetti « mirati » che ai compiti assegnati al presidio multizonale di prevenzione dalla legislazione regionale e dai regolamenti delle unità sanitarie locali. In occasione di specifici progetti tali gruppi potranno avere carattere temporaneo ed interessare contestualmente più materie o settori.

Un apposito comitato tecnico-consultivo dovrà assicurare l'interdisciplinarietà operativa nonché il collegamento funzionale e il coordinamento con i presidi e i servizi delle unità sanitarie locali interessate. Dovranno farne parte:

i coordinatori dei settori di attività;

i rappresentanti degli operatori in rapporto alle specifiche professionalità, scelti nel numero e con le modalità stabilite dal regolamento delle unità sanitarie locali. I responsabili dei servizi di igiene pubblica e di medicina preventiva e igiene del lavoro delle unità sanitarie locali facenti parte del bacino di utenza del presidio dovranno partecipare all'attività del comitato tecnico ogni qualvolta vengano definiti programmazione, tempi e metodi degli interventi sul territorio di competenza.

Forme specifiche di collegamento e di collaborazione dovranno essere stabilite con l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro ed il Comitato nazionale energia nucleare.

3. LA RICERCA FINALIZZATA

L'esigenza di sviluppare la ricerca scientifica nel settore della tutela della salute nei luoghi di lavoro nasce dalla crescente domanda dei lavoratori di conoscere i rischi e i danni ai quali sono esposti, al fine di combatterli efficacemente, e dalla necessità dei tecnici di mettere a punto e verificare strumenti operativi adeguati alla complessità e al continuo evolversi dei problemi.

Gli ambiti nei quali è costante la necessità di approfondimento scientifico sono essenzialmente:

la rilevazione del rischio: messa a punto, standardizzazione e verifica di tecniche di indagine sugli inquinanti ambientali e sugli altri fattori di rischio lavorativo;

la rilevazione dell'esposizione e del danno: individuazione di tecniche diagnostiche precoci, sensibili, specifiche e verifica della loro validità;

la progettazione e le innovazioni tecnologiche: progettazione di ambienti, impianti e macchine, messa a punto di tecniche di risanamento ambientale ricerca di materiali alternativi e di nuove tecnologie.

Su queste tematiche è indispensabile un rapporto non episodico tra il mondo del lavoro, i tecnici della prevenzione e le istituzioni preposte alla ricerca, alle quali si richiede di fornire un contributo essenziale ai processi di conoscenza volti alla prevenzione.

Fino ad oggi, nel territorio regionale, la domanda nei confronti delle istituzioni di ricerca è stata circoscritta e disomogenea. Sono state prevalentemente interessate le facoltà di medicina e, in particolare, gli istituti di medicina del lavoro e di igiene. Episodico è stato il coinvolgimento delle facoltà non mediche, configurando quindi una risposta parziale rispetto ai bisogni reali di conoscenza dei rischi, di progettazione e di bonifica.

Occorre, inoltre, superare la tendenza a coinvolgere gli istituti di ricerca nell'erogazione di prestazioni diagnostiche routinarie. Il rapporto con le istituzioni di ricerca dovrà tendere quindi a configurarsi sempre più come un rapporto di committenza su precisi temi di ricerca nei quali sviluppare la collaborazione. A tal fine dovranno essere consolidate le esperienze positive già avviate mediante apposite convenzioni con università e istituti di ricerca e dovranno essere attivate nuove convenzioni relative ad interventi su altri fattori di rischio assai diffusi nella realtà regionale.

Per l'attuazione del suddetto programma di attività si prevede un ulteriore sviluppo delle ricerche attivate nei settori dei metalli pesanti, dei pesticidi e dei cancerogeni e l'avvio di nuove iniziative, con particolare riferimento a vibrazioni, rumori e polveri.

Sulla base di quanto previsto dalla legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33, la Regione favorirà altresì le iniziative di organismi e istituti di ricerca che assolvono con continuità compiti di studio promozione e informazione di rilevante interesse regionale nel settore della prevenzione.

4. LE ATTIVITA' FORMATIVE E DI AGGIORNAMENTO.

La qualità delle prestazioni dei servizi e la loro capacità di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute dei lavoratori, dipendono in larga misura dalle possibilità di aggiornamento permanente degli operatori, dalla loro partecipazione alla ricerca scientifica e da un impegno costante nelle attività formative dirette ai lavoratori, ai medici di base, agli studenti.

In mancanza di aggiornamento, ricerca e formazione il ruolo dei servizi rischierebbe di degradarsi, gli operatori di dequalificarsi, le risposte di divenire carenti nei contenuti e burocratiche nella forma. Per evitare questi pericoli occorre dare alle attività di ricerca, di aggiornamento e di formazione uno spazio istituzionale definito nell'ambito del lavoro dei servizi, e fornire supporti tecnici e organizzativi adeguati perchè tali attività possano esplicarsi.

Le attività di aggiornamento degli operatori verranno coordinate da un apposito gruppo di lavoro regionale composto, tra l'altro, da rappresentanti dei servizi e dei presidi multizonali di prevenzione, delle università, dell'osservatorio epidemiologico regionale.

Le attività di aggiornamento dovranno, in particolare, far riferimento:

alla necessità di un miglioramento complessivo dei livelli di conoscenza e di professionalità di tutti gli operatori dei servizi mediante iniziative adeguate alle differenti qualifiche e competenze;

alla necessità della diretta corresponsabilizzazione degli operatori nell'impostazione e nello svolgimento dei momenti formativi;

alla necessità di raccordarsi alle iniziative nazionali di formazione promosse dall'Istituto superiore di sanità e dall'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro;

alla necessità di utilizzare pienamente tutte le potenzialità formative presenti sul territorio regionale nelle diverse facoltà universitarie, nelle istituzioni di ricerca e all'interno del servizio sanitario.

L'obiettivo fondamentale del triennio è quello di giungere ad una reale omogeneità delle conoscenze sul territorio regionale nei seguenti settori:

metodi di rilevazione dei rischi e danni;

tecniche organizzative;

metodi per il controllo dei nuovi insediamenti lavorativi e delle ristrutturazioni;

modalità di coordinamento e controllo degli accertamenti sanitari periodici per i lavoratori.

Dovranno inoltre essere attivati corsi di aggiornamento nei settori dell'epidemiologia e della tossicologia, sia per quanto riguarda gli aspetti generali che per gli aspetti particolari inerenti gli specifici piani « mirati » di prevenzione.

Dovranno altresì essere gradualmente assicurate, in particolare tramite l'attività del settore di documentazione di cui al successivo punto 5.3., condizioni uniformi di accesso da parte di tutti i servizi alle fonti di informazione bibliografica e alle informazioni sulle « soluzioni in atto » ai problemi di rischio.

Le attività formative sono parte integrante del lavoro degli operatori in quanto essenziali al raggiungimento delle finalità preventive proprie dei servizi. Iniziative in tal senso dovranno pertanto essere sviluppate nel corso del triennio in tutti i servizi, superando il carattere di eccezionalità che finora hanno avuto e dovranno essere rivolte anzitutto ai lavoratori, sia mediante la partecipazione degli operatori ai momenti formativi promossi dalle organizzazioni sindacali (150 ore, corsi di formazione sull'ambiente e sull'organizzazione del lavoro seminari) sia, soprattutto, mediante l'impegno diretto di formazione su problemi specifici, nell'ambito dei piani « mirati » di prevenzione.

E' inoltre necessario promuovere, in ogni unità sanitaria locale, l'aggiornamento dei medici di base e la collaborazione degli operatori alla formazione degli studenti.

Nei confronti dei medici di base, numerosi sono i canali attraverso i quali dovrà svilupparsi tale attività:

seminari su problemi particolarmente rilevanti nella realtà locale, da svolgersi anche in collaborazione con le università e con i presidi multizonali di prevenzione;

informazioni periodiche;

indicazione degli standards più adeguati per gli accertamenti sanitari periodici in relazione ai rischi presenti nei diversi comparti produttivi locali.

Per la formazione degli studenti l'impegno prioritario dovrà essere rivolto a collaborare, nei modi più opportuni, con le istituzioni che formano gli operatori del servizio sanitario (università, scuole professionali), e, ove possibile, con le scuole secondarie.

Tale collaborazione già avviata dalla regione Emilia-Romagna negli anni passati, dovrà gradualmente ma sistematicamente, coinvolgere l'intera rete dei servizi; ciò, sia per favorire l'orientamento professionale di molti giovani verso le attività di prevenzione, sia per fornire conoscenze e metodi utili alla difesa della salute nelle concrete realtà di lavoro.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO E LA DOCUMENTAZIONE.

5.1. *Mappe di rischio.*

La mappa dei rischi è il più elementare strumento operativo per le attività di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro. Essa deve consentire la conoscenza dei rischi presenti nel territorio, la diffusione di questa conoscenza, la messa a punto di piani di prevenzione, la verifica dei risultati.

Per realizzare questi obiettivi la costruzione delle mappe di rischio non può essere concepita come un atto burocratico o soltanto tecnico; si tratta di un processo che richiede il convergere della volontà istituzionale e della partecipazione sociale. Soggetti attivi di questo processo, nello specifico settore dei rischi e dei danni, dovranno essere i tecnici e i lavoratori.

L'attività di costruzione delle mappe, già avviate sul territorio regionale da alcuni servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, dovrà essere estesa a tutte le unità sanitarie locali; in seguito le mappe dovranno essere continuamente aggiornate.

Tale attività dovrà, tra l'altro, produrre immagini del territorio orientale al rischio e migliorare i livelli di coscienza sanitaria e sociale dei lavoratori.

Il processo di « mappatura » dovrà svilupparsi in ogni unità sanitaria locale attraverso fasi successive, ognuno delle quale richiede strumenti e metodi appropriati che dovranno essere uniformati a livello regionale.

La prima fase sarà quella del censimento delle fonti di rischio, cioè degli insediamenti lavorativi presenti sul territorio, la seconda quella della raccolta e organizzazione dei dati di rischio (qualità, intensità, localizzazione), la terza, infine, sarà quella del disegno di mappa cioè della vera e propria identificazione grafica dei rischi sulla pianta del territorio, aggregati per comparto, o per area, o per tipo. A questa ultima fase dovrà far seguito lo sviluppo degli interventi di bonifica ai quali l'intero processo di « mappatura » è finalizzato.

5.2. *Strumenti informativi.*

I questionari di gruppo, le schede riepilogative, i registri dei dati ambientali e biostatistici sono strumenti già da tempo proposti dalla Regione e utilizzati a titolo sperimentale in molti servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro.

Essi assolvono alle funzioni di:

rendere omogenee sul piano metodologico le attività di prevenzione (metodo);

offrire informazioni significative e aggiornate per una consapevole programmazione degli interventi preventivi (programmazione);

mantenere sotto continuo controllo i fattori di nocività e lo stato di salute dei lavoratori (monitoraggio);

consentire valutazioni epidemiologiche, ipotesi di correlazione causale e la messa a punto di validi indici di rischio e danno (ricerca);

consentire la più ampia e documentata diffusione delle informazioni sui rischi e danni lavorativi tra i lavoratori, gli operatori sanitari, le forze sociali, gli studenti, i cittadini (informazione);

consentire le verifiche periodiche di efficacia degli interventi di prevenzione (verifica).

Nel triennio l'uso di questi strumenti, fatto salvo il necessario adeguamento dei modelli a quelli previsti ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dovrà essere generalizzato in tutte le unità sanitarie locali, concentrando l'attenzione soprattutto sui registri dei dati ambientali e biostatistici e sulle implicazioni derivanti dalla gestione locale e regionale dei dati raccolti.

L'uso integrato e sistematico degli strumenti informativi in tutte le unità sanitarie locali consentirà la piena attivazione del sistema informativo regionale sui rischi e danni da lavoro e renderà possibile effettuare valutazioni di efficacia degli interventi preventivi su scala regionale.

Per quanto concerne gli strumenti informativi individuali, dovrà essere esteso l'uso della scheda personale di rischio prevista dall'art 8 della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33.

5.3. *Attività di documentazione sui rischi e danni da lavoro.*

Con lo sviluppo dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro si sono accresciute le esigenze conoscitive nel settore, ogni giorno più vasto, dei rischi e danni di origine professionale.

Tali esigenze, che non possono essere soddisfatte completamente a livello locale, sono costituite essenzialmente:

dalla necessità di documentazione bibliografica che per quantità e qualità non può essere organizzata a livello di unità sanitaria locale o multizonale;

dalla necessità di approfondimento conoscitivo sia sui rischi e danni che sulle possibili soluzioni dei problemi;

dalla necessità di produzione di materiale qualificato per le attività formative ed informative.

Per affrontare tale problematica si presenta la necessità non solo di dotare ciascun servizio e presidio multizonale di prevenzione della documentazione di base in materia di infortuni e malattie professionali, ma di disporre altresì di un momento organizzativo specifico. A tale ultimo fine la legge regionale di cui all'art. 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, attiverà, nell'ambito di uno dei presidi multizonali di prevenzione, un apposito settore di attività con bacino di utenza regionale.

Tale settore rappresenterà un punto di raccolta e memoria di dati ed esperienze, fonte permanente di informazioni, momento di attivazione di canali comunicativi, supporto organizzativo per ricerche per processi formativi e per produzione di materiali per la formazione e l'informazione.

L'attività del settore dovrà esplicarsi, su scala regionale, in direzione di un'utenza costituita essenzialmente dai servizi delle unità sanitarie locali, dai presidi multizonali di prevenzione, nonché dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori e degli imprenditori.

Il compito fondamentale di tale settore di attività è l'attivazione di un sistema informativo per problemi-soluzioni nel settore della tecnica prevenzionale e della sicurezza antinfortunistica concernente:

la raccolta e catalogazione delle domande relative ai problemi emergenti dal territorio regionale e delle notizie riguardanti soluzioni in atto o in progetto segnalate dal territorio regionale e da sedi extraregionali;

la socializzazione dei problemi e delle soluzioni già consolidate mediante opportune forme di informazione dei servizi di prevenzione delle U.S.L.;

il collegamento con organismi e istituti di ricerca regionali e nazionali (in particolare l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza e l'Istituto superiore di sanità) per la soluzione dei problemi tecnologici più complessi, anche al fine di fornire un supporto alla costruzione di piani mirati di prevenzione di rilevante interesse regionale.

Per quanto riguarda gli interventi medici il sistema informativo viene assicurato in particolare dall'osservatorio epidemiologico regionale.

6. I PIANI « MIRATI » DI SETTORE E COMPARTO.

6.1. *Il settore ceramico.*

Fin dal 1973, nelle zone di insediamento industriale della ceramica, si è sviluppata, con l'istituzione dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, un'estesa iniziativa degli enti locali che ha consentito l'acquisizione di ampie conoscenze ed esperienze sulle condizioni ambientali e sanitarie presenti nei luoghi di lavoro.

Sistematici interventi nelle fabbriche hanno consentito di individuare i principali rischi presenti, la loro gravità e diffusione, le caratteristiche mediche ed epidemiologiche dei danni provocati.

Alla sostanziale inadeguatezza delle strutture prevenzionistiche preesistenti, si è andato sostituendo un intervento di tipo conoscitivo e trasformativo, fondato su una metodologia « partecipata » tesa a valorizzare l'esperienza accumulata collettivamente dai lavoratori.

Nel settore ceramico, forse più che in altri, i servizi hanno operato attraverso l'utilizzo delle diverse professionalità (medici, chimici, biologi, periti industriali, operatori socio-sanitari), assumendo la interdisciplinarietà degli interventi come condizione necessaria per la realizzazione di concreti provvedimenti di prevenzione primaria.

Allo stesso tempo un grande impegno è stato posto nell'affrontare in termini unitari le problematiche sanitarie, tecnico-ambientali e impiantistiche relative sia all'ambiente interno che esterno.

Le conoscenze così acquisite sui fattori di nocività presenti nel settore ceramico hanno consentito di impostare programmi e piani « mirati » di prevenzione fondati su criteri di gravità e diffusione dei rischi e dei danni.

I fattori di nocività individuati come prioritari sono stati il piombo, le polveri contenenti silice libera cristallina e il rumore. E' stato inoltre considerato il rapporto di interdipendenza esistente tra questi e il complesso dei fattori di nocività presenti nelle ceramiche.

In particolare sul problema dei danni ai lavoratori provocati dall'uso del piombo è stato avviato, attraverso apposite convenzioni tra la Regione e alcuni consorzi per i servizi sanitari e sociali, un progetto speciale pluriennale di lotta contro il saturnismo. I tratti qualificanti di tale progetto sono: il controllo biologico dei lavoratori esposti, l'informazione e la socializzazione delle conoscenze acquisite con gli accertamenti sanitari, la individuazione del rapporto tra danni evidenziati e la situazione ambientale, nonché la formulazione di proposte di modifiche ambientali e del ciclo tecnologico.

Il risultato più significativo del progetto speciale « saturnismo », che ha interessato circa sessanta aziende della Regione, è stato la netta riduzione del numero e della gravità delle intossicazioni e delle alterazioni. Si è cioè avviato un esteso processo di prevenzione primaria fondato essenzialmente sull'introduzione di misure di risanamento ambientale e sulla diffusione di norme di igiene individuale.

Analoghi piani mirati di prevenzione hanno interessato gli altri rischi del settore ceramico (polveri, rumore), raggiungendo risultati che si possono sintetizzare come segue:

definizione della qualità e della diffusione dei rischi anche in rapporto ai danni rilevati epidemiologicamente nei lavoratori con particolare riferimento all'effetto nocivo delle polveri;

individuazione delle specifiche fonti di rischi sulle quali intervenire;

realizzazione di soluzioni di risanamento per le singole aziende interessate, utilizzabili altresì come esperienze da socializzare per bonifiche generalizzate nell'intero settore.

E' stata istituita, tra l'altro, una commissione tecnica permanente per la salute e l'igiene ambientale nel comprensorio ceramico; tale commissione rappresenterà nei prossimi anni un riferimento fondamentale per il coordinamento operativo delle diverse iniziative.

E' stato inoltre attivato, a livello regionale, un apposito gruppo di lavoro che, pur avendo come area di riferimento l'intera Regione, dovrà operare in uno stretto rapporto di collaborazione con la commissione comprensoriale.

Il piano di lavoro nel triennio per una sempre più efficace lotta mirata ai rischi lavorativi presenti nel settore ceramico, si articola in cinque diversi versanti di attività:

socializzazione delle proposte di modifica per la riduzione dei rischi e generalizzazione delle soluzioni individuate; verranno a tal fine predisposti e utilizzati appositi strumenti di informazione;

standardizzazione degli interventi per l'approfondimento e la conoscenza delle condizioni di rischio. Al fine di costruire una conoscenza comparativa tra i diversi cicli produttivi, il metodo di lavoro individuato si basa sull'approfondimento dei fattori di nocività e di rischio presenti:

a) nelle vecchie aziende sulle quali gran parte delle informazioni sono già acquisite ma non standardizzate in tutto il territorio regionale;

b) nelle aziende che nel corso degli ultimi anni hanno effettuato trasformazioni significative;

c) nelle aziende con ciclo tecnologico completamente rinnovato.

A tale scopo sono state individuate le aziende che hanno le caratteristiche tecnologiche e produttive tali da rappresentare un campione significativo. Attraverso una più precisa conoscenza dei rischi ambientali potrà essere ulteriormente sviluppata l'attività di controllo preventivo sui progetti di nuovi insediamenti ceramici o di trasformazione e ristrutturazione di quelli esistenti;

standardizzazione sulla raccolta dei dati sui danni provocati dai fattori di nocività e di rischio individuati con particolare riferimento a: pneumologia, audiologia, tossicologia, dermatologia. Si tratta in particolare di determinare: gli indici da utilizzare, la scelta degli strumenti operativi per l'esecuzione degli esami, la individuazione degli strumenti per la raccolta e la socializzazione dei dati;

aspetti propositivi per il riconoscimento medico-legale degli accertamenti sanitari individuali. Per quanto riguarda la pneumologia è necessario aprire un confronto con l'INAIL per consentire un'omogenea interpretazione dei dati, definire le sedi degli accertamenti, concordare gli aspetti operativi e gli indici, al fine di non ripetere esami e di valutare la gravità dei singoli casi; per quanto riguarda l'audiologia occorre procedere ad una unificazione a livello regionale di una metodologia per il riconoscimento delle ipoacusie nel settore ceramico; infine, per quanto attiene alla tossicologia, occorre attivare forme di collaborazione con l'INAIL per il riconoscimento degli indici caratteristici degli inquinanti indagati secondo lo schema individuato e sperimentato per il riconoscimento degli indici per il saturnismo. Per acquisire una immagine più completa dei danni nei campi sopra individuati, dovrà procedersi ad una indagine epidemiologia retrospettiva raccogliendo i dati già in possesso dell'INAIL, dell'ispettorato del lavoro, dei patronati sindacali e di altre fonti;

coordinamento a livello nazionale con altri servizi operanti in zone con insediamenti ceramici, al fine di confrontare le esperienze acquisite e generalizzare le soluzioni adottate, anche allo scopo di individuare ipotesi normative unificanti circa le caratteristiche tecnologiche e l'impiego delle sostanze nocive.

6.2. *Il settore calzaturiero.*

Una recente indagine epidemiologica regionale, volta alla verifica delle condizioni di nocività presenti nel settore calzaturiero in cui sono addetti circa 12.000 lavoratori con un alto tasso di occupazione femminile, ha messo in luce la presenza di un'altra nocività derivante dall'uso di sostanze chimiche pericolose.

Tale indagine campionaria ha interessato circa 500 lavoratori distribuiti nelle province di Ravenna, Forlì, Ferrara, Piacenza e Modena e ha permesso di impostare un piano di controlli periodici mirati e di risanamenti ambientali.

Nel corso del triennio si procederà ulteriormente nella standardizzazione delle metodiche di campionamento e di analisi chimica sui campioni di mastici, di aria-ambiente e delle pelli.

Obiettivo fondamentale nel triennio è inoltre quello della verifica della sensibilità e specificità dei tests di dose interna e di danno, al fine di poter esprimere indicazioni relative alla effettuazione degli accertamenti medici periodici.

Ne consegue che per la realizzazione di tali programmi si rende necessario estendere gli accertamenti relativi ai materiali usati ed all'inquinamento ambientale a tutte le realtà produttive della Regione, operando per campioni ed estrapolando le situazioni omogenee.

Tutto ciò allo scopo di verificare la reale possibilità di uso di mastici e collanti esenti da TOCP e da esano commerciale, nonché di riduzione massima possibile di dette sostanze, mantenendo comunque le stesse sotto i limiti accettabili dal punto di vista sanitario.

Il piano prevede inoltre:

la catalogazione in modo sistematico e aggiornato dei materiali collanti usati, con particolare attenzione ai solventi contenuti ed alla individuazione della loro tossicità;

il controllo periodico dei lavoratori introducendo, per quanto possibile e dove necessario, esami strumentali, anche limitandoli alla determinazione del V.C.M.;

il coinvolgimento nella indagine dei lavoratori a domicilio utilizzando, al fine di una informazione sanitaria capillare, anche opuscoli descrittivi e illustrativi;

la determinazione dei criteri di igiene ambientale e del lavoro tendenti in modo particolare al miglioramento della ventilazione ed areazione nei reparti nonché alla installazione di sistemi aspiranti nei luoghi di masticiatura.

6.3. *Il settore agricolo.*

Con la progressiva introduzione della meccanizzazione e con l'uso dei pesticidi, l'agricoltura ha potuto avvalersi di nuove tecniche che, se hanno diminuito la fatica muscolare e aumentato la produttività delle colture, hanno anche rappresentato e rappresentano tuttora fattori di rischio rilevante per i lavoratori addetti; basti pensare che nel 1977 in Emilia-Romagna su 168 infortuni sul lavoro mortali, ben 89 hanno colpito lavoratori agricoli.

Le condizioni di lavoro ancora pesanti, l'orario di lavoro eccessivamente lungo, la scarsa fruibilità di ferie e tempo libero (spesso riconducibili ad una struttura fondiaria ancora troppo frantumata) non hanno favorito in modo adeguato l'inserimento dei giovani, nonostante la crescita delle forme associative e cooperative che sono presenti ovunque nel ricco e articolato tessuto produttivo dell'agricoltura emiliano-romagnola.

Il piano di attività del settore per il triennio non può non partire anche da queste considerazioni per un programma di lavoro volto a favorire la compatibilità tra la difesa della salute dei lavoratori agricoli e l'evoluzione tecnologica, la difesa del reddito da lavoro agricolo e il tendenziale abbassamento dell'età media degli addetti, sia dipendenti che imprenditori autonomi.

In particolare, per quanto riguarda le macchine agricole, i rischi dei lavoratori che le conducono sono sostanzialmente riferibili a due ordini di problemi: rumori e vibrazioni, infortuni.

Per quanto attiene ai rumori e alle vibrazioni appare anzitutto fondamentale la determinazione, a livello nazionale, di norme relative a standards di accettabilità da far rispettare alle industrie produttrici (numerose quelle metalmeccaniche nella Regione); ad esse va pertanto richiesto un impegno di ricerca in questa direzione con la consapevolezza che la diminuzione del rumore e delle vibrazioni di una macchina, se può causare una lievitazione dei costi nell'immediato, rappresenta anche un minore logoramento nel tempo. Per quanto concerne le metodiche di rilevamento, anche per la rumorosità delle macchine agricole, si fa riferimento anche al piano « mirato » sui rischi professionali da rumore.

Nel triennio dovrà inoltre svilupparsi l'azione di prevenzione degli infortuni conseguenti all'uso di machine agricole, sia attraverso appositi interventi di qualificazione e professionalizzazione di conduttori, sia tramite azioni ispettive e di controllo sulle protezioni antinfortunistiche delle macchine.

6.3.1. *Progetto speciale di ricerca sugli effetti nocivi dei pesticidi.*

L'uso, spesso indiscriminato, di pesticidi, se da una parte impone una maggiore razionalità di impiego ed un loro utilizzo più oculato, non di meno impone ai servizi una più incisiva azione sia nei luoghi dove si effettua la produzione, il confezionamento, lo stoccaggio e il commercio, sia nelle sedi in cui si realizza il loro diretto utilizzo (agricoltura, conservazione cereali e frutta, servizi di disinfezione e disinfestazione).

Mentre l'attività di controllo di base sui lavoratori, sull'ambiente e sui prodotti alimentari dovrà progressivamente essere svolta rispettivamente dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, dai servizi di igiene pubblica e dai presidi multizonali di prevenzione, compiti specifici di ricerca e di maggiore specializzazione dovranno essere svolti dal presidio multizonale di prevenzione dell'U.S.L. n. 31 per l'intera realtà regionale.

Si pone a questo riguardo la necessità di realizzare una standardizzazione delle metodiche di valutazione del rischio (almeno per i prodotti di più largo impiego e per le situazioni in cui elevato è il numero dei lavoratori esposti) e di valuta-

zione dei relativi danni, tramite accurate indagini epidemiologiche su significativi gruppi di lavoratori a rischio. L'impegno più consistente dovrà tuttavia essere espresso in direzione della prevenzione primaria, realizzabile sia tramite una più adeguata professionalizzazione dei diretti utilizzatori, migliorando le modalità del loro impiego e l'organizzazione del lavoro, che con controlli sulla validità degli strumenti di protezione individuale.

Sulle tematiche riguardanti la difesa del lavoratore, produttore o utilizzatore di pesticidi, dovranno essere direttamente impegnati i servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro più interessati per l'assetto colturale e produttivo dei relativi territori. Essi opereranno in stretta collaborazione con il presidio specializzato in materia di nocività da uso di pesticidi, costituito fin dal 1974 presso il laboratorio provinciale d'igiene e profilassi di Ferrara, mediante appositi finanziamenti regionali, con compiti di ricerca e di supporto operativo nei confronti dei servizi delle unità sanitarie locali.

L'attività di ricerca e di standardizzazione delle metodiche analitiche, per quanto concerne gli aspetti più direttamente connessi all'intossicazione professionale, dovrà consentire un ulteriore sviluppo dello studio epidemiologico mirato a valutare lo stato di salute in rapporto al contatto e all'introduzione per via inalatoria e digestiva di residui di pesticidi.

Più complessivi compiti di indagine e di ricerca dovranno essere svolti a livello ambientale e sugli alimenti, anche in riferimento a quanto previsto dal progetto-obiettivo igiene pubblica (3.3.4.).

L'attività svolta in questi anni dal presidio è stata rivolta prevalentemente alla conoscenza del consumo qualitativo e quantitativo degli antiparassitari e degli anticrittogamici usati nella Regione e, in particolare, nella provincia di Ferrara, in rapporto ai diversi tipi di coltivazioni.

6.4. *Rischi da radiazioni.*

6.4.1. Radiazioni ionizzanti.

L'uso delle radiazioni ionizzanti ha segnato negli ultimi anni una notevole espansione nei settori sanitario, industriale e scientifico determinando l'esposizione ai rischi radiogeni di sempre più estese categorie di lavoratori: si stima che siano esposti, per ragioni professionali, circa 5.000 lavoratori in Emilia-Romagna.

I complessi problemi sanitari determinati dall'esposizione alle radiazioni e le notevoli diversità che caratterizzano le sorgenti radiogene e le tecniche nucleari impongono di assicurare una struttura pubblica di radioprotezione basata su differenti livelli di intervento e di competenza, dando così concretezza ad una proposta operativa che intende pervenire ad una reale prevenzione del danno radiogeno.

Ferme restando le competenze statali in materia, la struttura radioprotezionistica regionale è basata sull'articolazione territoriale dei servizi di igiene pubblica, di medicina preventiva e igiene del lavoro e dei presidi multizonali di prevenzione.

La struttura di base per gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro è costituita dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro a cui sono affidati i compiti di indagine capillare sulle condizioni di sicurezza degli impianti ove esistono rischi radiogeni e di protezione sanitaria dei lavoratori.

Anche sulla base dell'esperienza realizzata in questi anni, si ritiene necessario, nel triennio, disporre di almeno un servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro per ogni provincia, attrezzato in maniera da poter fornire agli altri servizi un valido supporto tecnico per le necessarie valutazioni in materia di esposizioni professionali alle radiazioni ionizzanti.

I servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro delle unità sanitarie locali di Parma Bassa Est, Reggio Emilia, Modena, Imola, Ferrara, Ravenna e Rimini Nord forniranno il necessario supporto tecnico per gli altri servizi della propria provincia mettendo a disposizione degli interventi un tecnico specializzato e la necessaria attrezzatura per la misurazione delle dosi di esposizione.

Gli obiettivi da raggiungere sono in particolare:

il censimento e la «mappatura» delle fonti radiogene esistenti nei campi industriali, sanitari e della ricerca scientifica, con l'eliminazione delle situazioni anomale emergenti;

la valutazione dell'inquinamento radioattivo provocato dalle emissioni radiogene, non trascurando anche la valutazione del rischio dovuto ad esami medici, e gli interventi necessari per giungere ad una sua riduzione;

la specializzazione nell'esercizio degli interventi radioprotezionistici di un tecnico per ognuna delle unità sanitarie locali precedentemente individuate

I presidi multizonali di prevenzione saranno gli organi tecnici di supporto all'autorità sanitaria per le attività connesse al regime delle autorizzazioni e dei nulla osta e alla vigilanza sulla detenzione, uso e commercio delle sorgenti radiogene.

Tali presidi forniranno anche un supporto tecnico qualificato ai servizi nella verifica delle condizioni igieniche degli impianti ove esistono rischi radiogeni e nel controllo dei criteri di protezione fisica e sanitaria degli operatori professionalmente esposti e della popolazione.

Tale attività sarà svolta mantenendo contatti con i laboratori per analisi chimico-cliniche e microbiologiche e con i laboratori specializzati adibiti all'esecuzione degli esami che caratterizzano gli interventi di protezione sanitaria dei lavoratori esposti, al fine di pervenire ad un quadro generale delle attività lavorative e dei rischi connessi all'uso delle radiazioni ionizzanti.

Il presidio multizonale di prevenzione dell'unità sanitaria locale di Piacenza, in particolare, oltre a garantire un supporto tecnico ai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, dovrà svolgere per l'intero territorio regionale compiti specifici per quanto attiene:

all'analisi e revisione di progetti di impianti di particolare complessità;

al controllo sugli scarichi radioattivi;

al controllo sulla radioattività ambientale.

I suddetti compiti dovranno essere svolti in stretto collegamento con il CNEN, con l'Istituto superiore di sanità e con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza.

I servizi di fisica sanitaria ospedalieri saranno tenuti, nell'esercizio della loro più complessiva attività, a garantire la protezione fisica dei lavoratori e dei pazienti esposti ai rischi delle radiazioni ionizzanti in ambiente sanitario pubblico.

Tali servizi presteranno il loro supporto tecnico alla attività dei servizi di igiene pubblica e di medicina preventiva e igiene del lavoro e dei presidi multizonali di prevenzione per la risoluzione di problemi di fisica sanitaria di particolare interesse territoriale e relativi all'utilizzazione di strumentazioni complesse.

6.4.2. Radiazioni non ionizzanti.

Gli effetti biologici delle radiazioni non ionizzanti non sono del tutto noti, né è sufficiente il livello di conoscenza acquisito per stabilire con certezza il tipo o la gravità degli effetti immediati e tardivi, né per quantificare la relazione «dose-effetto»

E' conseguentemente necessario approfondire lo studio di tali effetti con indagini tecnico-sanitarie sui lavoratori esposti per cause professionali al fine di ottenere una più precisa valutazione della situazione di rischio. Nella Regione non esistono in questo settore presidi adeguatamente attrezzati.

Nel triennio si prevede di superare tale situazione attraverso la definizione di uno specifico programma per il perseguimento delle seguenti finalità:

messa a disposizione dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro del necessario supporto tecnico per effettuare gli interventi protezionistici;

quantificazione delle fonti di rischio esistenti e dei lavoratori esposti;

valutazione del rischio e definizione delle metodologie per gli interventi volti a controllarne e ridurne gli effetti;

approfondimento e quantificazione delle metodologie di intervento tecnico-sanitario necessarie per addivenire ad una adeguata soluzione tecnico-organizzativa regionale.

In relazione all'attività in tal senso finora svolta dal servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro di Rimini Nord, si prevede l'affidamento a questo servizio della conduzione del programma.

6.5. *I rischi professionali da rumore.*

I rischi professionali da rumore sono assai diffusi nel territorio regionale, in particolare, nei seguenti settori lavorativi:

metalmeccanica (carpenteria pesante, fonderie, barattolo, prove motori);

ceramica (mulini, presse);

alimentazione (mulini, mangimifici, linee di imbottigliamento);

tessile (telai);

edilizia (manufatti, prefabbricati);
legno (reparti macchine);
agricoltura (trattori);
chimica (gomma, plastica, fertilizzanti, vetro).

Nel primo anno di validità del piano un apposito gruppo di lavoro regionale provvederà a definire metodiche standardizzate per la valutazione e il monitoraggio dei rischi e dei danni e a individuare la dotazione strumentale minima di cui i servizi dovranno poter disporre per eseguire indagini ambientali e sanitarie. Nel corso del triennio il gruppo di lavoro regionale dovrà anche predisporre strumenti idonei alla diffusione delle conoscenze, in particolare tra i lavoratori, gli studenti e il personale sanitario.

Per indagini ambientali e interventi tecnici più approfonditi, dovranno essere rafforzate, presso i presidi multizonali di prevenzione, alcune funzioni qualificate nel campo igienico industriale e impiantistico, mediante l'acquisizione di competenze professionali oggi carenti in materia fisica e di ingegneria impiantistica.

Nel corso del triennio saranno inoltre potenziati nel territorio regionale alcuni interventi in campo audiologico con ambito di riferimento esteso a più unità sanitarie locali. Dovranno essere avviate forme di collaborazione tra i servizi e l'Università, o altri istituti, finalizzate alla ricerca epidemiologica (in particolare per quanto riguarda i danni extrauditivi), alla progettazione di ambienti di lavoro non nocivi, alla bonifica di ambienti e di macchine e alla formazione e all'aggiornamento degli operatori.

6.6. *I rischi di broncopneumopatie occupazionali.*

Particolarmente intenso dovrà essere l'impegno delle unità sanitarie locali nel prossimo triennio per prevenire i rischi di broncopneumopatie professionali che rappresentano una delle patologie di ordine occupazionale più diffuse.

E' quindi necessario provvedere alla determinazione di uniformi metodiche di prelievo e di controllo e potenziare le strutture diagnostiche.

Il piano mirato nel settore prevede:

la standardizzazione su tutto il territorio regionale delle modalità di prelievo e lettura dei campioni di polveri e fibre aerodisperse (asbesto, lana di vetro e di roccia). Le operazioni di prelievo di polveri e fibre, nonché le analisi ponderali delle polveri, dovranno essere eseguite dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro in collaborazione con i presidi multizonali di prevenzione. Per quanto attiene, invece, alle operazioni di analisi più complesse, occorre individuare alcuni presidi per l'analisi difrattometrica delle polveri e per la identificazione dei campioni di fibre aerodisperse;

il potenziamento su tutto il territorio regionale dei presidi diagnostici delle broncopneumopatie professionali e tra questi, dei servizi di radiologia (almeno uno per ogni ambito provinciale per l'effettuazione di corrette diagnosi di pneumoconiosi), dei presidi specialistici pneumologici con prestazioni a livello di unità sanitaria locale e di ambito provinciale per le indagini di particolare complessità, e delle attività di allergologia per la diagnosi delle forme respiratorie allergiche.

6.7. *I rischi da lavoro in gravidanza.*

Nella regione è stata recentemente avviata, da parte di alcuni consorzi per i servizi sanitari e sociali, una indagine tra le lavoratrici sugli indici di abortività spontanea, di malformazione, di mortalità perinatale, neonatale e infantile. L'indagine epidemiologica ha coinvolto circa 2.000 lavoratrici del settore ceramico, 1.000 del comparto calzaturiero e 350 di quello elettromeccanico per la produzione di condensatori.

Anche sulla base dei risultati che emergeranno, verranno avviate, nel corso del triennio, in collaborazione con l'Università e con i servizi per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia, ulteriori ricerche mirate alla esatta individuazione dei fattori di rischio non solo nei settori considerati, ma anche in altre attività lavorative, dove le condizioni ambientali, l'uso di sostanze nocive o le modalità e i tempi di svolgimento del lavoro possono creare situazioni di danno alla salute della madre o del nascituro. Particolare attenzione dovrà inoltre essere data alla individuazione delle possibili soluzioni di bonifica ambientale rivolte alla rimozione delle cause connesse alla patologia delle funzioni riproduttive.

6.8. *I rischi in ambiente di lavoro.*

Nell'ambito della più complessiva attività di ricerca sulla oncogenesi professionale, negli anni passati è stata avviata una proficua collaborazione con il « centro medico sociale bolognese per la prevenzione, la diagnosi e lo studio dei tumori » di Bologna (di seguito denominato « centro tumori »), che ha consentito di realizzare, soprattutto nel settore chimico, importanti risultati sul piano della ricerca sperimentale e dell'indagine epidemiologica.

In particolare, mediante apposite convenzioni stipulate con il « centro tumori », sono state condotte a termine due importanti ricerche relative alla tossicità derivante da esposizione a cloruro di vinile e alla determinazione dei saggi di cancerogenicità a lungo termine nell'industria del cuoio.

Per quanto riguarda quest'ultima ricerca, che ha interessato in particolare i composti al cromo e i tannini usati nella concia delle pelli, alcuni degli agenti, sulla base del sistema sperimentale approntato, sono risultati potenzialmente cancerogeni.

Per il triennio, l'attività di ricerca finalizzata sull'oncogenesi professionale dovrà estendersi e qualificarsi ulteriormente. In particolare il piano mirato di ricerca ha per finalità prioritarie:

l'identificazione di situazioni di rischio oncogeno e degli agenti responsabili nell'ambiente di lavoro e in ambienti correlati;

il monitoraggio dei livelli di rischio, in termini quantificabili e in relazione al tipo e all'entità dell'esposizione;

la messa a punto di indicazioni tecniche e sanitarie per il controllo dei rischi.

Il progetto si articola:

in ricerche in cui vengono saggiati, su animali da esperimento, gli effetti dell'esposizione a singoli agenti o ad agenti associati, atte a fornire dati sui rischi relativi a vari agenti o situazioni e sui livelli di rischio in rapporto all'entità dell'esposizione;

in ricerche epidemiologiche e controlli sanitari correlati su popolazioni esposte;

nella messa a punto di protocolli, anche di tipo sperimentale, atti a ridurre la durata e i costi delle ricerche;

nella formazione e nell'informazione degli operatori sanitari, con particolare riguardo alle unità sanitarie locali in cui si verificano le situazioni oggetto delle ricerche.

In particolare sono previsti i seguenti programmi operativi:

a) ricerca sperimentale sui rischi oncogeni relativi ai più importanti tipi di amianto industriali e di prodotti alternativi (fibre e lana di vetro, grafite, fibre plastiche, ecc.).

E' noto da tempo che l'amianto può provocare tumori di vario tipo nell'uomo. I suoi numerosi usi e la sua enorme diffusione hanno determinato l'estendersi di situazioni di rischio soprattutto nei paesi industrializzati. Risulta pertanto necessario ed urgente determinare, in termini quanto più possibile quantitativi e comparabili, l'entità del rischio dell'esposizione all'amianto.

Il primo atto per acquisire tali informazioni è rappresentato da saggi sperimentali, che dovrebbero essere integrati da indagini epidemiologiche su popolazioni a rischio; un primo gruppo di esperimenti verrà realizzato nel triennio anche in collaborazione con la Comunità economica europea;

b) saggi sperimentali sui rischi da prodotti di combustione di rifiuti solidi urbani.

Il diffondersi delle centrali di incenerimento per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani pone urgenti problemi connessi ai rischi della diffusione di prodotti di combustione potenzialmente dannosi. Tali problemi riguardano non solo i lavoratori addetti, ma l'intera collettività.

Nei prodotti di combustione possono essere presenti, infatti, i più vari agenti chimici, organici ed inorganici, appartenenti a categorie per le quali è provata o sospettata una azione cancerogena; tra questi agenti vanno annoverati, tra l'altro, i composti correlati alla diossina.

Il primo atto per definire l'esistenza ed eventualmente il grado di rischio è rappresentato dall'approccio sperimentale, mediante il saggio su animali da esperimento, di prodotti di combustione degli inceneritori;

c) ricerca sui rischi oncogeni da coloranti organici (coloranti azoici).

E' noto da tempo che alcuni precursori di coloranti azoici, le amine aromatiche, sono dotati di azione oncogena sull'uomo; è altresì noto che alcuni coloranti azoici, in particolari situa-

zioni sperimentali, hanno dimostrato un effetto cancerogeno. Tuttavia, per quanto riguarda i coloranti, i dati sperimentali e epidemiologici sono quanto mai carenti. In questa complessiva situazione di carenza conoscitiva, crescenti sono i rischi oncogeni per i lavoratori addetti alla produzione e all'uso di questi composti, e per tutti coloro che vengono a contatto con prodotti che contengono questi coloranti, tra cui vanno annoverati anche bevande, cibi, prodotti di cosmesi, oltre che tessuti, carte, suppellettili varie.

L'obiettivo che ci si pone è quello di individuare i rischi di questi coloranti su base sperimentale e mediante il controllo sanitario e l'indagine epidemiologica su gruppi di popolazione esposta.

Si prevede infine di avviare iniziative per la formazione del personale dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro sulle problematiche della tossicologia e della oncologia professionale; la rilevanza e la necessità di tali iniziative è connessa alle carenze presenti in questa materia a livello della formazione universitaria e post-universitaria.

6.9. *I rischi connessi alla nocività da metalli e da solventi organici.*

La legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33, prevede espressamente che per « attività di tipo specialistico o di ricerca di interesse regionale, la giunta regionale può stipulare, sentita la competente commissione consiliare, convenzioni con organismi e istituti di ricerca operanti nel settore della prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro ».

Sulla base di tale previsione normativa, la Regione ha recentemente stipulato con l'istituto di semeiotica medica dell'Università di Parma una convenzione pluriennale per il potenziamento delle attività di tossicologia industriale di supporto ai servizi delle unità sanitarie locali.

I contenuti di tale convenzione riguardano lo svolgimento di attività di supporto tecnico ai servizi delle unità sanitarie locali e di ricerca « mirata » alla messa a punto di metodiche di accertamento precoce delle intossicazioni professionali da metalli.

In questa direzione, nel triennio di validità del piano, il principale tema di ricerca viene individuato nello studio del metabolismo dei metalli e dei solventi, con particolare riguardo alla documentazione di eventuali alterazioni funzionali precoci e reversibili a carico di organi o apparati « critici » e di altri indicatori biologici utilizzabili per il « monitoraggio biologico » dell'esposizione a tossici industriali.

a) *Piombo.* Il piano di intervento del settore prevede:

l'effettuazione di frequenti controlli all'interno e tra i presidi laboratoristici per garantire un'accettabile livello qualitativo dei risultati (con particolare riguardo al dosaggio della piombemia);

la verifica e la puntualizzazione delle numerose, e spesso contraddittorie, informazioni sul significato e sulla relazione « dose-effetto » delle diverse porfirine e dei diversi metodi di determinazione in corso di esposizione professionale a piombo. La ricerca si articolerà attraverso il confronto delle curve di taratura per diversi standards di porfirine, la definizione dei valori normali per ciascuna delle metodiche correntemente utilizzate e per ognuno degli standards e dei reciproci rapporti tra le diverse metodiche e i diversi standards in corso di alterazioni ematologiche non professionali ed in corso di esposizione professionale a piombo.

Oltre a tale programma, il piano di intervento nel settore deve prevedere uno studio epidemiologico sulla « popolazione a rischio » per evidenziare eventuali effetti connessi a bassi livelli di esposizione.

b) *Cromo.* L'esperienza acquisita in questi anni nella regione suggerisce di estendere il monitoraggio biologico del cromo a tutto il territorio regionale. L'individuazione di mappe territoriali dei rischi sufficientemente accurate consente inoltre di definire due importanti momenti di ricerca:

estensione delle conoscenze sulla relazione fra concentrazione ambientale, eliminazione urinaria ed accumulo di cromo in condizioni diverse da quelle in cui sono state effettuate indagini accurate. Le condizioni in cui è opportuno un approfondimento sono l'esposizione a cromo trivalente e quelle a cromo esavalente nella produzione di pigmenti;

l'indagine epidemiologica sui tumori polmonari. L'acquisizione di nuovi dati sulla dimensione del rischio conseguente ad una rilevazione effettuata a Parma, a Bologna e, in parte, a Reggio Emilia, consente di disporre di un campione sufficientemente significativo; appare pertanto opportuno avviare nel triennio un'indagine longitudinale nelle singole aziende del territorio regionale.

c) *Solventi organici.* La tossicità su diversi organi e apparati, ma soprattutto sul sistema nervoso centrale e periferico, dei cloroderivati degli idrocarburi alifatici, dello stirene, degli omologhi del benzene, nonché degli idrocarburi alifatici ed aliciclici e dei chetoni correntemente impiegati come solventi delle colle, si manifesta in modo sempre più allarmante.

Il piano di intervento nel settore si articola nelle seguenti fasi:

determinazione dell'assorbimento per via area delle sostanze volatili mediante monitoraggio delle concentrazioni ambientali e valutazione della ritenzione polmonare di ciascuna sostanza;

identificazione dei metaboliti mediante gascromatografia e spettrometria di massa dei liquidi biologici;

individuazione e/o puntualizzazione di metodiche per la determinazione dei metaboliti;

studio della cinetica di eliminazione delle sostanze volatili per via aerea e dei metaboliti per via urinaria nell'uomo ed in animali da esperimento;

studio della correlazione tra concentrazione ambientale dei solventi organici e concentrazioni dei metaboliti nei liquidi biologici in diverse condizioni e dopo differenti intervalli di tempo dalla sospensione dell'esposizione;

applicazione pratica nel monitoraggio biologico dell'esposizione professionale e ricerca di un'eventuale relazione « dose-effetto » e/o « dose-risposta » con indicatori precoci di effetto biologico.

7. La partecipazione dei lavoratori.

Come espressamente previsto dall'art. 7, quarto comma, della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33: « Il servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro, nell'effettuazione degli interventi negli ambienti di lavoro, promuove la partecipazione dei lavoratori direttamente interessati... ».

Tale partecipazione costituisce un elemento fondamentale per l'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla conoscenza complessiva dei rischi e dei danni di origine professionale e comporta, tra l'altro, che le indagini ambientali e gli accertamenti sanitari siano preceduti da una fase preparatoria di incontri informativi con i lavoratori.

Il metodo di lavoro adottato dai servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro, si afferma ancora nella citata legge regionale, « deve tenere conto delle esperienze e delle conoscenze acquisite dai gruppi omogenei di lavoratori sui diversi fattori di rischio e di nocività presenti negli ambienti di lavoro ». (Art. 7, terzo comma).

Tale metodologia dovrà peraltro caratterizzare l'attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro per quanto concerne sia le attività di indagine ambientale e sanitaria, sia quelle connesse all'esercizio di tutte le attività ispettive e di vigilanza attribuite alle unità sanitarie locali nel settore della sicurezza.

Particolari forme di partecipazione dei lavoratori direttamente interessati dovranno inoltre essere promosse nel corso della realizzazione dei piani « mirati » anche attraverso iniziative formative e di educazione sanitaria, volte ad elevare il livello di informazione e di consapevolezza sui rischi professionali, a cui i lavoratori sono esposti, e sulle loro cause.

Una delle finalità fondamentali di una metodologia « partecipata » è inoltre l'attivazione ed il funzionamento di un sistema informativo permanente sulla nocività da lavoro, di cui i lavoratori stessi non possono non essere il soggetto fondamentale anche se non esclusivo.

Forme estese di partecipazione all'attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro dovranno inoltre essere previste, non solo a livello dei lavoratori direttamente interessati, ma delle stesse organizzazioni sindacali territoriali o di categoria.

In una tale prospettiva, come previsto dal protocollo d'intesa siglato nel gennaio 1977 tra regione Emilia-Romagna e Federazione CGIL-CISL-UIL, potranno crearsi le condizioni, nel corso del triennio, per corrispondere ad una duplice esigenza:

quella di diffondere i risultati delle conoscenze e delle esperienze acquisite nelle fabbriche per quanto concerne i problemi della nocività e dell'inquinamento ambientale;

quella di definire una più selettiva scala di priorità che, pur partendo dalla considerazione che la ricerca e l'abbattimento dei fattori di pericolosità deve investire tutti i luoghi di lavoro, consenta di affrontare gradualmente, ma prioritariamente, le situazioni di nocività più estese, conosciute ed eliminabili.

Più complessivamente dovrà essere favorito da parte delle UU.SS.LL. il concorso alla formulazione dei programmi di attività, di tutte le organizzazioni sindacali dei lavoratori, dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro, secondo le modalità previste dall'art. 7 della legge regionale n. 33/1979.

8. IL FINANZIAMENTO.

Il presente progetto-obiettivo è finanziato attraverso le quote di spesa corrente a destinazione vincolata e presenta una dotazione finanziaria, suddivisa in relazione alle azioni programmatiche contenute nella tabella 1 allegata al presente progetto-obiettivo, di L. 2.260 milioni per l'anno 1981, di L. 3.031 milioni per l'anno 1982 e di L. 3.000 milioni per l'anno 1983.

Tabella 1

AZIONI PROGRAMMATICHE

a) Potenziamento dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro in relazione all'attribuzione alle unità sanitarie locali delle funzioni di vigilanza e controllo sui rischi e danni da lavoro.

a) Attivazione di un settore specifico di attività, nell'ambito di un presidio multizonale di prevenzione, con compiti di informazione e documentazione sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

c) Promozione di specifiche attività di ricerca, di formazione e di aggiornamento degli operatori.

d) Realizzazione di piani mirati di settore e di comparto, con particolare riferimento:

ai rischi del settore ceramico;

ai rischi del settore calzaturiero;

ai rischi del settore agricolo;

ai rischi derivanti dall'uso di pesticidi;

ai rischi da radiazioni ionizzanti;

ai rischi da radiazioni non ionizzanti;

ai rischi da esposizione professionale al rumore;

alle broncopneumopatie occupazionali;

ai rischi da lavoro in gravidanza;

all'oncogenesi professionale;

ai rischi derivanti dall'esposizione agli effetti tossici dei metalli e dei solventi organici.

Nota: Alla costituzione e al potenziamento dei presidi multizonali di prevenzione di cui all'art. 22 della legge 833/78, si provvede mediante apposito finanziamento previsto nel progetto-obiettivo « Igiene pubblica ».

Tabella 2

STANDARDS PER LA DOTAZIONE DI PERSONALE
DEI SERVIZI DI MEDICINA PREVENTIVA E IGIENE DEL LAVORO
(escluso il personale amministrativo)

Unità sanitaria locale	Medici (1)	Tecnici laureati (2)	Tecnici diplomati (3)	Paramedici (4)	Altri (5)
USL con popolazione attiva inferiore a 20.000 abitanti	1	1-2	2	2	2
USL con popolazione attiva tra 20.000 e 50.000 addetti	2	2	3	3	2
USL con popolazione attiva superiore a 50.000 addetti	3	3	3	3	3

(1) Con specifica esperienza e conoscenze in medicina preventiva e igiene del lavoro.
(2) Profili professionali corrispondenti alle tabelle D, E, F, del ruolo sanitario e alla tabella B del ruolo professionale (D.P.R. n. 761/79).
(3) Profili professionali corrispondenti alla tabella E del ruolo tecnico (D.P.R. n. 761/79).
(4) Profili professionali corrispondenti alla tabella I del ruolo sanitario (D.P.R. n. 761/79).
(5) Profili professionali corrispondenti alla tabella M del ruolo sanitario (D.P.R. n. 761/79).

ALLEGATO N. 4

Progetto-obiettivo

IGIENE PUBBLICA

1. L'EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA E LA STRATEGIA DELLA PREVENZIONE.

1.1. L'affermarsi di nuovi modelli di sviluppo socio-economico nelle società industriali è stato accompagnato da profonde modificazioni del quadro epidemiologico della patologia prevalente che presenta oggi un notevole incremento delle forme croniche e degenerative rispetto a quelle acute e infettive tradizionali.

Anche nell'ambito delle stesse malattie infettive, d'altra parte, si registrano sempre più numerosi episodi di patomorfosi, strettamente correlati a un determinato tipo di sviluppo (ad esempio, nel caso della salmonellosi, all'estendersi degli allevamenti intensivi con conduzione ed alimentazione industriale).

Ma, indubbiamente, è la patologia cronico-degenerativa, soprattutto quella tumorale e cardiovascolare, che è prevalente nelle società industrializzate; a questa si accompagna un incremento delle forme ad impronta distonica o disreattiva del sistema nervoso, dell'apparato gastroenterico, del sistema immunitario.

E' una patologia dovuta all'aggressione continua di innumerevoli sostanze chimiche e di agenti fisici di cui si va saturando l'ambiente di vita e di lavoro.

Oggi l'uomo può essere aggredito da fattori nocivi fin nel grembo materno (si pensi, ad esempio, ai farmaci, al rumore e alle radiazioni ionizzanti); nella prima infanzia può assorbire con il latte sostanze tossiche che, disseminate nell'ambiente, possono concentrarsi nella catena alimentare (1).

Per tutto l'arco della vita l'organismo umano è severamente impegnato a difendersi dall'aggressione degli elementi chimici e fisici che gli pervengono dall'ambiente esterno e da prodotti di largo consumo (2).

Se l'inquinamento e la degradazione dell'ambiente sono strettamente legati a fattori produttivi e se i lavoratori impegnati nelle varie fasi della produzione sono i primi ad essere esposti ai rischi che ne conseguono, non meno gravi appaiono i danni provocati all'ambiente naturale e di vita dagli inquinamenti dell'aria, dell'acqua, del suolo e degli alimenti. E' quindi tutto il contesto ambientale, e non solo quello di lavoro, che deve essere sottoposto ad attento controllo ed a concreti interventi preventivi e di bonifica.

Si tratta di una attività che, per la globalità e la complessità dei problemi esistenti, non può certo riguardare in modo esclusivo i servizi di igiene pubblica, ma che deve più complessivamente investire gli organi di gestione delle unità sanitarie locali, nonché i momenti istituzionali preposti alla programmazione degli insediamenti e all'assetto del territorio.

In questo quadro anche i tradizionali interventi di emergenza non sono più sufficienti a salvaguardare l'integrità della salute pubblica (si consideri ad esempio quanto è accaduto in occasione dell'incidente di Seveso). Le emergenze di tipo igienistico vanno affrontate con il tempestivo controllo dell'ambiente e degli alimenti e vanno prevenute con una vigilanza continua sulle potenziali fonti inquinanti in sede di produzione.

Lo « Studio globale sull'inquinamento nel territorio regionale », pubblicato nel 1974 dalla regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'Italstat e l'Italimpianti, mise in evidenza le enormi quantità di sostanze sicuramente tossiche o potenzialmente tali immesse ogni anno nell'ambiente nei vari comuni e nelle varie province. Molte di dette sostanze sono cancerogene e precancerogene, e fra queste catrame, idrocarburi policiclici, amine aromatiche, amianto, arsenico, nichel, composti del cromo, del cadmio, diversi pesticidi, cloruro di vinile ed altri composti organoclorurati.

(1) I laboratori provinciali dell'Emilia-Romagna hanno riscontrato nel latte vaccino valori di piombo fino a 1,53 mg per litro e di insetticidi organoclorurati fino a 0,500 p.p.m.; valori apprezzabili di tali sostanze tossiche sono stati rilevati anche nel latte di donna.

(2) Recenti ricerche condotte dall'istituto di igiene dell'Università di Modena su un gruppo di popolazione adulta residente a Bologna, scelta fra soggetti non professionalmente esposti, hanno dimostrato che nel 20% dei casi la concentrazione di piombo nel sangue supera il limite massimo raccomandato il 29 marzo 1977 dal Consiglio delle Comunità europee. D'altra parte indagini bioptiche eseguite anni fa dall'Istituto d'igiene dell'Università di Ferrara fecero rilevare nel tessuto adiposo sottocutaneo di persone residenti in quella provincia valori di DDT totale equivalente fino a oltre 40 p.p.m.

Vi è dunque una stretta correlazione tra inquinamento dell'ambiente e patologia cronico-degenerativa oggi dominante (anche se i fattori che intervengono sono molteplici e chiamano in causa tra l'altro, le abitudini alimentari e il fumo): le forme tumorali, le malattie dell'apparato circolatorio e respiratorio sono certamente più frequenti nelle regioni industrialmente più sviluppate (1).

1.2. La patologia cronico-degenerativa oggi dominante sempre più raramente può essere affrontata in modo terapeuticamente risolutivo: sempre più numerosi sono coloro che vengono sottoposti a cure prolungate e ripetute, senza risultati terapeuticamente apprezzabili e con un considerevole dispendio economico. Si è pertanto affermata in modo chiaro e indiscutibile, la esigenza della prevenzione, cioè dell'intervento attivo sulle cause, da privilegiare rispetto all'intervento esclusivamente riparatore sugli effetti: tale intervento, oltre ad assicurare un'efficace tutela della salute, pare l'unico in grado di determinare un'inversione di tendenza nell'espansione della spesa sanitaria.

1.3. L'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed il concreto avvio della riforma sanitaria rappresentano il supporto di un valido riferimento giuridico e di una precisa indicazione operativa per rispondere alle esigenze precedentemente evidenziate. L'educazione sanitaria, la prevenzione delle malattie, l'igiene dell'ambiente, l'igiene degli alimenti e delle bevande, l'identificazione e l'eliminazione delle cause degli inquinamenti sono infatti indicati tra i principali obiettivi del servizio sanitario nazionale e tra i compiti prioritari delle unità sanitarie locali.

Un ruolo fondamentale e condizionante per il conseguimento di detti obiettivi è riservato allo Stato, cui spettano, tra l'altro, la determinazione degli standards di qualità e di salubrità di alimenti e bevande; la fissazione dei limiti massimi di accettabilità delle concentrazioni e dei limiti massimi di esposizione relativi ad inquinanti di natura chimica, fisica e biologica e alle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno; la determinazione delle tecniche di rilevamento e dei metodi di analisi degli inquinamenti; i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive.

Tuttavia i poteri attribuiti alle regioni e agli enti locali consentono di attuare misure operative capaci di imprimere una svolta sostanziale verso la prevenzione primaria.

Il processo di programmazione previsto dalla citata legge n. 833/1978 non può non essere lo strumento determinante di tale svolta. In proposito, in questa fase di transizione tra la vecchia e la nuova politica sanitaria, la prima indicazione di piano deve necessariamente riguardare la strutturazione organica dei servizi su base territoriale.

Il presente progetto-obiettivo, raccogliendo le indicazioni emerse dagli schemi di piano sanitario comprensoriale, vuole organicamente rispondere a questa esigenza, secondo lo spirito e le finalità illustrate all'art. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Gli obiettivi.

2.1. *La tutela igienica dell'abitazione e degli insediamenti industriali.*

Si può affermare, con l'Organizzazione mondiale della sanità, che « la salute comincia dalla casa », dove ognuno trascorre almeno un terzo della propria vita. L'introduzione di sistemi di edilizia industriale e la pressione di esigenze produttive hanno spesso portato a sacrificare — talvolta in modo del tutto irrazionale — la salubrità dell'abitazione. In proposito si può far riferimento a insufficienze nell'isolamento termico e negli impianti di riscaldamento, a carenze nell'isolamento acustico, alla ineguatezza di sistemi di ventilazione e all'impiego di materiali inidonei quando non addirittura fonte di pericolo, come certi rivestimenti all'amianto.

Garantire i requisiti igienici delle abitazioni, delle scuole, degli uffici, dei pubblici esercizi, dei luoghi di lavoro è oggi la prima esigenza di prevenzione, mentre lo studio igienistico accurato degli insediamenti industriali, fin dalla fase di progetto, costituisce l'unico modo di evitare, sia all'interno sia all'esterno degli impianti, situazioni di insalubrità e di rischio che sarabbe difficile, più costoso e talvolta impossibile, rimuovere successivamente in misura soddisfacente.

(1) Secondo l'Organizzazione mondiale di sanità l'80-90% dei tumori è dovuto a cause ambientali: del resto tutte le più recenti ricerche di cancerologia sperimentale confermano il potere oncogeno di un numero sempre più vasto di sostanze chimiche: il cancro, negli ultimi cento anni, è passato in Italia dal 2% ad oltre il 20% di tutte le cause di morte.

Ugualmente è indispensabile una preliminare ed esauriente valutazione igienistica degli strumenti urbanistici, specie per quanto concerne l'azzonamento industriale e residenziale, le correnti di traffico e i mezzi di trasporto, il verde pubblico, i campi sportivi, l'approvvigionamento idrico e lo smaltimento dei rifiuti, gli impianti di depurazione, per prevenire quei fenomeni di degradazione ambientale che caratterizzano spesso in modo negativo lo sviluppo delle città e le condizioni di salute collettive.

2.2. *La prevenzione dell'inquinamento dei rifiuti civili e degli scarichi industriali.*

L'intenso sviluppo economico e le modificazioni tecnologiche intervenute nei cicli produttivi hanno fatto emergere il problema dell'inquinamento da rifiuti.

Per la loro quantità (più di 0,800 kg pro capite e pro die) lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani — cui si aggiungono in misura crescente i fanghi provenienti dagli impianti di depurazione delle acque reflue — costituisce uno dei problemi più assillanti per tutte le amministrazioni comunali, mentre per la loro composizione, ricca di plastica, di materie incombustibili e di sostanze tossiche, diviene sempre più difficile assicurare le dovute garanzie igieniche. Al pericolo infettivo, tradizionalmente rappresentato dall'inidonea collocazione ed eliminazione di detti rifiuti, si sono infatti aggiunti e sovrapposti i pericoli tossici inerenti a quasi tutti i sistemi di riciclo e di smaltimento, con la conseguente esigenza di un impegno sempre più intenso dei servizi e dei presidi d'igiene pubblica nell'attività di consulenza e di assistenza tecnica e di quella di vigilanza e di controllo su tutte le fasi della raccolta e del trattamento dei rifiuti stessi.

Identiche considerazioni vanno svolte per quanto concerne i rifiuti liquidi urbani che, per la contemporanea presenza di sostanze tossiche di origine industriale, pongono problemi di smaltimento sempre più complessi ed esigenze di vigilanza igienica crescenti.

Il controllo degli scarichi industriali costituisce impegno principale per la tutela della salute pubblica, perché è da essi che provengono, in massima parte, le sostanze tossiche e cancerogene che inquinano l'ambiente e che spesso vanno incontro, anche a grandissima distanza, a riconcentrazione biologica nella catena alimentare (1).

Anche il controllo degli scarichi idrici e delle emissioni atmosmeriche — particolarmente importanti, queste ultime, nella pianura emiliana, dove i frequenti e persistenti fenomeni di inversione termica determinano improvvisi accumuli degli inquinanti aeriformi, giocando un ruolo di rilievo nella crescente diffusione della patologia respiratoria acuta e cronica — dovrà essere integrato da un controllo dei cicli produttivi, da un più rigoroso esame dei progetti di costruzione degli impianti e da una severa regolamentazione del traffico motorizzato.

Un assiduo controllo su tutte le emissioni — diffuse o puntiformi, fisse o mobili, civili e industriali — così come sulla qualità dell'aria e dell'acqua, rappresenta uno dei principali interventi preventivi di sanità pubblica da attuarsi su tutto il territorio regionale.

A tal fine i servizi e i presidi delle unità sanitarie locali dovranno dotarsi tra l'altro di personale e attrezzature adeguati per l'attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela delle acque, con particolare riferimento alla legge 10 maggio 1976, n. 319, e successive modificazioni. Rapporti di stretta collaborazione dovranno essere stabiliti tra gli enti operanti nel settore dello smaltimento dei rifiuti solidi e dell'approvvigionamento idrico e le unità sanitarie locali; a queste ultime spetta lo svolgimento delle funzioni di vigilanza igienico-sanitaria nelle materie suddette.

2.3. *La prevenzione dell'inquinamento da coltivazioni intensive e da allevamenti zootecnici.*

Un aspetto saliente del tessuto economico emiliano-romagnolo è dàto dalla presenza di un'agricoltura intensiva, con consumi assai elevati di prodotti chimici, sia come concimi, sia come antiparassitari, diserbanti, fitormoni e prodotti similari. I rischi che ne derivano per la salute pubblica sono molteplici per le elevate concentrazioni di nitrati nelle acque di falda e in molti acquedotti e per i residui di prodotti tossici che si accumulano nella catena alimentare. I reperti di

(1) Perfino dall'alto mare i metalli pesanti, il P.C.B. ed altri veleni rimbalzano sulla nostra mensa attraverso detta catena, che non è possibile spezzare se non all'origine, con il permanente controllo delle fonti di contaminazione.

tali residui, non soltanto negli alimenti ma anche nei tessuti adiposi umani e nel latte di donna, costituiscono un segnale di allarme che impone la più intensa vigilanza igienica al riguardo.

Altra caratteristica di rilievo della realtà produttiva regionale è rappresentata dagli allevamenti zootecnici intensivi, specialmente suinicoli (circa un terzo della produzione nazionale) ed avicunicoli. Oltre a contribuire all'inquinamento organico e biologico dei corsi d'acqua, essi rappresentano importanti punti di incrocio nell'epidemiologia di molte zoonosi (salmonellosi, yersiniosi enteriche, infezioni da campylobacter, listeriosi, leptospirosi, toxoplasmosi ed altre protozoosi, micosi, virosi). Per questi motivi e per il tipo di alimentazione industriale in essi impiegato, con un uso spesso eccessivo e non corretto di prodotti auxinici, antibiotici, chemioterapici — i cui residui si trovano poi nella carne macellata, insieme ai residui delle sostanze talora abusivamente adoperate per l'ingrassamento, come estrogeni e tireostatici — detti allevamenti sono da considerare un grosso problema di sanità pubblica ed esigono uno stretto controllo igienistico e veterinario.

Agricoltura intensiva ed allevamenti zootecnici intensivi sono infine non trascurabili fattori di generazione dell'eutrofizzazione costiera, i cui aspetti sanitari sono notevoli e ancora in gran parte da approfondire.

2.4. *La tutela igienica degli alimenti.*

Il valore sanitario preventivo della tutela igienica dell'ambiente incide, anche indirettamente, sulla salubrità dei cibi e delle bevande.

La vigilanza igienica sugli alimenti deve essere capillarmente estesa, non soltanto per le sostanze inquinanti che in essi pervengono dall'ambiente e per gli agenti microbici che da varie fonti ugualmente possono contaminarli, ma anche per la miriade di additivi che ad essi vengono legalmente o illegalmente aggiunti (antimicrobici, antiossidanti, gelificanti e addensanti, tensioattivi, aromatizzanti, diluenti, fissatori, supporti, sostanze per trattamenti in superficie, coloranti) e che debbono comunque essere controllati nella loro quantità e qualità. Le recenti vicende connesse all'uso degli estrogeni nelle carni, ed in particolare negli omogeneizzati, impongono in tal senso controlli estesi ed efficaci.

Il controllo degli alimenti raggiunge la sua massima efficacia quando è elettivamente effettuato nei luoghi di produzione; poiché in Emilia-Romagna è particolarmente sviluppata l'industria di trasformazione delle sostanze alimentari, il potenziamento e la maggiore efficienza di detto controllo costituiscono un obiettivo prioritario.

Un decisivo passo avanti deve essere compiuto anche nel controllo igienico degli acquedotti. Le acque profonde, infatti, diventano sempre più insufficienti rispetto ai bisogni e sono talora esse stesse raggiunte dagli inquinanti, mentre il deterioramento delle acque superficiali è tale da creare seri e non sempre risolvibili problemi di potabilità agli acquedotti che da esse si alimentano. In quest'ultimo caso, per altro sempre più frequente proprio per l'impossibilità di soddisfare il crescente fabbisogno idrico con acque profonde, l'estrema variabilità degli inquinamenti e la discontinuità della loro presenza impongono controlli particolarmente frequenti e con ampio spettro di analisi.

2.5. *Il controllo delle emergenze igieniche.*

Sempre più frequentemente si manifestano situazioni di emergenza comportanti provvedimenti di natura prevalentemente igienistica. Quello di Seveso ne è forse l'esempio più evidente, ma non sono mancati in questi ultimi anni i casi più diversi, dall'epidemia colerica nel 1973, dovuta essenzialmente a mitili coltivati o raccolti in acque contaminate, agli avvelenamenti mortali verificatisi nel luglio 1977 a causa della tetradotossina contenuta in pesci importati da Formosa.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna, occorre ricordare gli improvvisi e massicci inquinamenti del fiume Po, che hanno ripetutamente costretto ad escludere d'urgenza la presa diretta dell'acquedotto di Ferrara, i numerosi casi di epatite virale che colpirono nel 1975 quanti avevano fatto uso di un farmaco contaminato, il rovesciamento di 250 quintali di liquidi tossici a monte delle opere di captazione dell'acquedotto di Bologna, in seguito all'incidente occorso ad un'autocisterna. Particolarmente impegnative, dal punto di vista igienistico, sono le emergenze nucleari da incidenti limitati che richiedono una solida organizzazione dei servizi d'igiene pubblica e dei presidi multizonali per la tempestiva analisi radiochimica di alimenti e bevande entro un raggio di diverse decine di chilometri.

Molteplici sono oggi i processi produttivi o i trasporti pericolosi comportamenti il rischio di una esposizione acuta della popolazione alle noxae più varie, per cui la concezione tradizionale dell'intervento sanitario di emergenza basato sul pronto soccorso agli infortunati non è più sufficiente. In molti casi occorre anche, o esclusivamente, l'immediata adozione delle misure d'igiene pubblica capaci di circoscrivere in tempo utile l'incidente e di impedire che le sue conseguenze si estendano attraverso le consuete vie aeree, idriche e alimentari.

2.6. *La prevenzione delle malattie infettive.*

La diminuita mortalità per malattie infettive non è stata accompagnata da un parallelo decremento della morbosità e dalla morbilità. D'altra parte, un numero elevato di forme infettive, specialmente virali e protozoarie, sfuggono troppo spesso alla diagnosi e all'analisi epidemiologica ed agenti patogeni biologici possono non essere affatto estranei al determinismo di quelle stesse forme morbose che tipicamente si ascrivono alla patologia degenerativa. L'inquinamento chimico e fisico dell'ambiente, unitamente alla crescente carenza di vitamine e di fattori protettivi nella dieta, possono infine costituire anche indirettamente — attraverso l'indebolimento delle difese immunitarie — la base per una consistente ripresa di tutta la patologia infettiva e parassitaria.

L'Emilia-Romagna, quale importante nodo del traffico internazionale, soprattutto stradale e ferroviario, ma anche aereo e marittimo, è particolarmente esposta all'importazione e alla diffusione dei più vari agenti patogeni, specie in considerazione dell'intenso flusso turistico di cui essa è sede nei mesi estivi.

Per questi motivi occorre pertanto assicurare, attraverso i servizi di igiene pubblica delle unità sanitarie locali, le necessarie misure di controllo e di profilassi, nonchè l'attivazione, nelle strutture ospedaliere di Bologna e Rimini, di posti letto di alto isolamento.

2.7. *L'educazione sanitaria.*

L'intervento di controllo non può da solo essere sufficiente a tutelare in misura adeguata la salute collettiva se la popolazione non viene posta in grado di partecipare attivamente e consapevolmente alla propria difesa. Di fronte a certi prodotti potenzialmente dannosi liberamente presenti sul mercato (sigarette, alcoolici) ed a certe abitudini favorite dalle attuali condizioni di vita (errata alimentazione, sedentarietà), è il soggetto che deve necessariamente essere preparato a controllarsi se si vogliono ottenere risultati concreti e non effimeri.

La trasformazione del ruolo della popolazione da oggetto di tutela a soggetto attivo nella difesa e nel miglioramento delle proprie condizioni di salute è uno dei postulati indispensabili di un sistema di prevenzione.

L'educazione sanitaria non deve essere competenza esclusiva di questo o quel servizio ma divenire elemento portante e generalizzato di tutta l'attività dell'unità sanitaria locale, traducendosi in un fattore decisivo di prevenzione.

2.8. *L'educazione motoria e sportiva e la tutela sanitaria delle attività sportive.*

Un'attenzione particolare deve essere rivolta all'educazione sanitaria motoria verso tutta la popolazione, quale strumento insostituibile di idoneo sviluppo fisico e psichico, di miglioramento dello stato di salute, di prevenzione delle malattie, di correzione di anomalie fisiche e di riabilitazione funzionale.

Nella società tecnologicamente sviluppata, infatti, la parziale liberazione dalla fatica ottenuta attraverso la meccanizzazione non è surrogata da adeguate attività fisiche compensatorie, mentre è ben nota la funzione auxologica eutrofizzante delle attività motorie e la loro benefica incidenza sul sistema vascolare, sul metabolismo, sull'apprendimento, sul regolare andamento della gravidanza e della maternità, sul recupero funzionale degli infartuati e degli infortunati in genere, sul rallentamento dei processi involutivi. Accanto a questa fondamentale opera di prevenzione primaria e riabilitativa che deve interessare l'intera collettività regionale, occorre sviluppare, in ottemperanza alle previsioni della legge regionale 5 maggio 1980, n. 32, la tutela sanitaria delle attività sportive, nelle quali, a livello dilettantistico e amatoriale, sono impegnati centinaia di migliaia di cittadini in Emilia-Romagna.

A tal fine dovrà peraltro essere favorita ogni forma di possibile collaborazione con il CONI e con gli organismi operanti nel settore della promozione delle attività sportive.

2.9. *L'organizzazione unitaria degli interventi medico-legali.*

La legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, comprende, fra le funzioni di competenza del servizio d'igiene pubblica, anche «la medicina legale, gli accertamenti, le certificazioni e ogni altra prestazione medico legale».

Si tratta di interventi che, se non incidono direttamente sullo stato di salute collettivo, rappresentano nondimeno un aspetto importante nella attività dell'amministrazione sanitaria locale, e che dovranno pertanto essere definiti dalla legge regionale di attuazione dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, numero 833.

E' da osservare, in proposito, che il decentramento nelle unità sanitarie locali di tutte le prestazioni medico-legali, ivi comprese quelle finora svolte a livello provinciale, regionale e statale — con la sola eccezione stabilita per i servizi di cui all'art. 6, lettera z), della legge 23 dicembre 1978, n. 833 — imporrà, fin dall'inizio, una sostanziale riorganizzazione e un decisivo potenziamento del servizio di igiene pubblica al fine di soddisfare con la dovuta snellezza e tempestività le esigenze della popolazione.

D'altra parte, laddove non è previsto nell'allegato n. 10 alla presente legge il servizio ospedaliero di medicina legale, le funzioni attribuite allo stesso sono svolte dal servizio di igiene pubblica dell'unità sanitaria locale territorialmente competente.

Indipendentemente dall'incidenza che sull'organizzazione delle funzioni e sulla disciplina delle prestazioni avranno le leggi dello Stato e della Regione previste dagli articoli 32 e 75 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, occorrerà pertanto provvedere, già nel triennio, ad assicurare la presenza del personale qualificato, necessario per il soddisfacente svolgimento dei numerosi compiti in questo particolare settore.

3. L'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E I PROGETTI SPECIALI.

3.1. *La situazione attuale.*

La consistenza organica dei servizi che hanno esercitato le funzioni di igiene pubblica è rimasta pressoché immutata negli ultimi decenni: il numero dei medici operanti a tempo pieno nei servizi d'igiene pubblica comunali e consortili della regione è oggi di circa 75 unità e corrisponde al rapporto di uno ogni 54.000 abitanti, con oscillazioni molto ampie da una zona all'altra. Neppure il numero dei vigili sanitari appare sufficiente (in media uno ogni 22.000 abitanti). Quasi nulla infine è la presenza di medici legali e di medici sportivi.

Per le citate deficienze, per la quasi generale mancanza di alcune figure professionali indispensabili (specie nel settore dell'ingegneria e della fisica sanitaria), per le obiettive difficoltà derivanti da alcune disposizioni in vigore fino alla concreta applicazione delle norme della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (quali l'unicità della figura dell'ufficiale sanitario e l'impossibilità di delegare certe sue funzioni, che hanno determinato il contradditorio permanere, nell'ambito di molti consorzi, di soluzioni operative a livello esclusivamente comunale), i servizi d'igiene pubblica non sono stati in grado di far fronte in modo adeguato agli essenziali compiti di vigilanza e di prevenzione primaria che istituzionalmente loro competono.

Il presidio tecnico fondamentale per il controllo dell'ambiente e degli alimenti, sotto il profilo chimico, fisico e biologico, è stato rappresentato dai laboratori provinciali d'igiene e profilassi. Strutture di avanguardia al momento della loro istituzione, in quanto esprimevano in termini eminentemente preventivi l'integrazione degli enti locali territoriali nell'organizzazione sanitaria del Paese, detti laboratori si sono rivelati progressivamente insufficienti a far fronte alla complessità dei nuovi programmi di indagine ambientale e alla concomitante crisi di tutto il sistema sanitario.

Il modello amministrativo definito dal testo unico delle leggi sanitarie del 1934 — due reparti indipendenti, coordinati dal medico provinciale e dotati solo di medici e di chimici — si è rivelato sempre più inadatto a fornire una risposta globale alle molteplici forme di intervento richieste da una situazione produttiva radicalmente mutata ed in rapida evoluzione. Inoltre, la consistenza organica dei laboratori è generalmente inadeguata rispetto all'enorme carico di lavoro che su di essi si è riversato, malgrado le iniziative assunte dalla Regione e dagli enti locali, anche con l'attivazione di nuovi sistemi di rilevamento automatico «in continuo» e con il coinvolgimento di figure professionali diverse da quelle tradizionali.

La chimicizzazione e l'inquinamento dell'ambiente hanno continuamente accresciuto, negli ultimi anni, la richiesta di intervento nei riguardi dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi. Nuove leggi hanno via via fatto carico ad essi dei controlli sulle emissioni e sulle immissioni atmosferiche, sulla qualità di combustibile, sugli scarichi liquidi civili e industriali, sullo stato di qualità dei corpi idrici, sui presidi sanitari usati in agricoltura, sul rispetto delle disposizioni «antidoping», mentre nuovi importanti impegni sono stati assunti nel settore dell'igiene e della medicina del lavoro.

Più complessivamente oltre al potenziamento dei servizi di igiene pubblica e della rete laboratoristica, l'adeguamento delle strutture e dei presidi preposti alla prevenzione della nocività di origine ambientale, si caratterizzerà anche attraverso un più stretto collegamento con gli operatori di distretto ed in particolare con i medici di base.

3.2. *Il riassetto organizzativo e funzionale ed il potenziamento operativo.*

Il riassetto organizzativo e funzionale dei servizi d'igiene pubblica si impone oggi come esigenza prioritaria per adeguarne operativamente la risposta alle effettive dimensioni della domanda di prevenzione, nonché per armonizzare le loro funzioni con il nuovo quadro istituzionale delineato dalla legge di riforma sanitaria.

A quest'ultima esigenza si provvederà, in ambito regionale, con le norme di attuazione dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che dovrà dare risposta alle esigenze di riorganizzazione e di decentramento delle funzioni, anche in relazione ai provvedimenti autorizzativi o impositivi di competenza del sindaco.

Si rende, tuttavia, fin d'ora indispensabile, per le esigenze imposte dalla nuova situazione epidemiologica, determinata dal deterioramento e dall'inquinamento dell'ambiente e degli alimenti, la concentrazione a livello locale di tutte le competenze in materia, ivi comprese competenze precedentemente collocate al livello provinciale o regionale.

Il servizio d'igiene pubblica deve pertanto raggiungere, nel periodo di validità del presente piano, la dotazione organica orientativamente di seguito indicata:

almeno un medico igienista ogni 25.000 abitanti ed in rapporto alle esigenze di decentramento stabilite dall'assemblea generale dell'unità sanitaria locale;

almeno un assistente sanitario o infermiere professionale ogni 25.000 abitanti;

almeno un perito chimico ogni 50.000 abitanti;

almeno un vigile sanitario ogni 10.000 abitanti, per la vigilanza igienica sull'ambiente e sugli alimenti, utilizzabile congiuntamente col servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro;

almeno un disinfettore ed agente di polizia mortuaria ogni 50.000 abitanti.

Devono altresì operare, nel servizio, medici sportivi, secondo le previsioni della legge regionale 5 maggio 1980, n. 32, e medici esperti in medicina legale, anche in qualità di consulenti.

La dotazione di personale, la presenza di eventuali altre figure professionali e la dotazione strumentale del servizio devono essere in rapporto, oltre che con la popolazione residente e con il numero e l'ampiezza territoriale dei singoli comuni compresi nell'unità sanitaria locale, con le caratteristiche geotopografiche del territorio e con i suoi aspetti socioeconomici, con particolare riguardo all'entità e alla qualità delle principali tipologie produttive, energetiche, industriali, agricole, zootecniche, artigianali, nonché alla dimensione del flusso turistico e alla presenza di porti e aeroporti di traffico internazionale.

Il modello di dotazione organica prefigurata costituisce un'indicazione di ordine generale e non può quindi valere per situazioni di rischio localmente rilevanti e, a maggior ragione, per le aree particolari successivamente indicate.

Ciascun servizio di igiene pubblica deve disporre di un laboratorio di igiene ambientale per l'esecuzione degli interventi che necessitano di strumentazione semplice di facile uso. Tali laboratori sono a disposizione di tutti i servizi delle unità sanitarie locali ed in particolare dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro.

Gli interventi che devono poter essere effettuati dal laboratorio di igiene ambientale sono i seguenti:

per l'inquinamento idrico: prelevamenti e determinazioni di alcuni indici fondamentali quali: pH, BOD, COD, azoto, fosforo;

per l'inquinamento atmosferico: prelievo di campioni di polveri e di gas con pompe aspiranti, determinazioni gravimetriche, SO_2 e NO_x, preparazione di campioni per analisi di secondo livello;

la determinazione del rumore, delle vibrazioni, del microclima e della luminosità.

L'attrezzature minima indispensabile del laboratorio è la seguente: pompe di prelievo o altri mezzi similari, fonometro, anemometro, termometro, globotermometro, termoigrografo, conimetro, bilancia analitica, stufa, termostato, muffola, bagnomaria, pHmetro, colorimetro, densimetri, distillatore Kjeldahl, vetreria, centrifuga, spettrofotometro U.V.-visibile.

L'attività laboratoristica di base va svolta in collegamento tra il servizio d'igiene pubblica, quello di medicina preventiva e igiene del lavoro e il presidio multizonale di prevenzione, sia per la programmazione degli interventi, sia per garantirne la qualità e la validità, sia per assicurare un'adeguata formazione professionale multidisciplinare al personale addetto.

Gli stessi motivi che impongono il riassetto organizzativo e funzionale dei servizi di igiene pubblica determinano la necessità di una riorganizzazione delle attività tecniche di livello multizonale. Tuttavia, per le attività tecniche di livello multizonale, dette trasformazioni incidono prevalentemente sulla sfera organizzativa interna e sui collegamenti fra i servizi; si fa riferimento a quanto in proposito previsto nel progetto-obiettivo « Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro ».

In attesa che la normativa regionale di attuazione dell'art. 22 della legge n. 833/1978 istituisca i presidi multizonali di prevenzione e ne disciplini gli aspetti organizzativi e funzionali, è comunque sin d'ora indispensabile prevedere il potenziamento e l'adeguamento delle attività svolte a livello provinciale o circondariale. Infatti, pur considerando che un parziale e graduale decentramento di tali attività rappresenta una valida soluzione per decongestionare il livello multizonale e migliorarne la capacità di risposta è comunque necessario assicurarne il rafforzamento qualitativo e quantitativo.

Nel corso del triennio si dovrà inoltre procedere all'aggiornamento professionale del personale e al miglioramento delle attrezzature, per rendere gli accertamenti più rapidi, più completi e più validi. In proposito, si prevede la dotazione di un nuovo spettrometro di massa, da poter utilizzare non soltanto nell'analisi ambientale ed alimentare ma anche nei controlli antidoping in materia di medicina dello sport; si rende altresì necessaria una particolare organizzazione dei controlli e degli accertamenti fisici nei presidi multizonali di prevenzione di Piacenza e di Parma, di cui all'allegato n. 10 della presente legge, in relazione ai problemi connessi alla presenza della centrale elettronucleare di Caorso.

Per quanto riguarda la dotazione di personale, attualmente l'organico medio di un laboratorio provinciale o circondariale, pur con ampie variazioni, è composto da sei chimici, due medici, tre biologi, tre periti chimici, dieci, fra tecnici di laboratorio e preparatori, sette inservienti. Obiettivo da realizzare nel triennio è quello di far fronte alle situazioni più deficitarie e di accrescere la disponibilità di personale, in particolare di periti chimici. Deve essere inoltre garantita, per le attività tecniche di livello multizonale, la disponibilità di un ingegnere sanitario, stante l'impossibilità di assicurarne, nel triennio, la presenza a livello di unità sanitaria locale.

Gli aggiornamenti apportati nel periodo di validità del piano definiranno la dislocazione e l'organizzazione delle funzioni di carattere regionale che, in aggiunta a quelle in atto, saranno svolte a livello multizonale.

Alcuni interventi operativi che possono incidere in misura determinante sull'igiene di una vasta zona, di una città o di un quartiere, ovvero anche di una limitatissima area, sono effettuati da settori non sanitari della pubblica amministrazione. E' pertanto evidente la necessità, particolarmente nell'ambito di una stessa amministrazione e al medesimo livello, di uno stretto raccordo fra il settore sanitario e gli altri settori che direttamente hanno competenza sull'igiene dell'ambiente. Basti pensare alla costruzione e manutenzione di opere igieniche, alla raccolta e all'allontanamento dei rifiuti solidi urbani, alla gestione del piano di risanamento delle acque, come pure, in molti casi, alla stessa attuazione degli interventi centralizzati di disinfezione e di disinfestazione.

Per quanto riguarda inoltre i territori dei Comuni su cui operano diverse unità sanitarie locali (trattasi di una realtà circoscritta alla città di Bologna) gli organi di gestione delle unità sanitarie locali interessate potranno dare vita a specifiche forme di coordinamento tra i diversi servizi di igiene pubblica o, eventualmente, aggregare talune funzioni attribuendone l'esercizio ad una delle unità sanitarie locali.

3.3. *I progetti speciali.*

3.3.1. L'area occidentale interessata dalla produzione elettronucleare.

La presenza a Caorso (Piacenza) di una delle più grandi centrali elettronucleari oggi esistenti nel Paese, impone particolari necessità organizzative ai servizi e presidi operanti nel campo dell'igiene pubblica e veterinaria. Infatti, anche se nel corso del normale esercizio le emissioni radioattive della centrale sono esigue, è necessario garantire un continuo controllo ambientale ed alimentare della radioattività, collegato ad una attenta verifica epidemiologica.

Vi è infatti la necessità di essere costantemente preparati ad una teorica situazione di emergenza, che può comportare rilevamenti dosimetrici dell'aria, dell'acqua, del suolo ed il controllo radiochimico di alimenti e bevande — del latte in particolare — nel raggio di 40-80 km.

Benché l'amministrazione provinciale di Piacenza sia dotata di un laboratorio di radioprotezione adeguatamente attrezzato allo scopo, è indispensabile procedere con urgenza al potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi d'igiene pubblica e veterinaria che, entro il raggio suddetto, devono disporre di personale secondo standards notevolmente superiori a quelli precedentemente indicati ed essere dotati di strumenti per l'idoneo confezionamento dei campioni e per il sequestro cautelativo dei prodotti sospetti di contaminazione.

La tempestività nel controllo di alimenti e bevande inquinati da nuclidi radioattivi è di eccezionale importanza per limitare i pericoli dell'irraggiamento intracorporeo.

I servizi di igiene pubblica devono inoltre concorrere, con gli altri servizi interessanti, al controllo preventivo del settore idrogeologico, per il quale occorre predisporre, entro un raggio di almeno 80 km a valle degli scarichi idrici della centrale una mappa accurata sia delle derivazioni per uso potabile o per l'agricoltura, sia delle falde sotterranee, con le relative interconnessioni e con l'indicazione della direzione dei flussi principali. Essi devono altresì promuovere una accurata e permanente educazione sanitaria della popolazione interessata, che deve essere correttamente informata sui vari aspetti tecnici dell'emergenza e preparata all'osservanza delle più elementari norme di comportamento individuale, d'igiene personale ed alimentare.

E' necessario inoltre attivare una « guardia igienica permanente » e cioè un turno permanente di reperibilità del personale dei servizi interessati, che consenta, in qualsiasi momento, la tempestiva mobilitazione di tutte le figure professionali coinvolte nell'attuazione degli eventuali provvedimenti di emergenza (igienisti, veterinari, vigili sanitari, fisici, chimici e tecnici di laboratorio).

E' necessario, infine, oltre al potenziamento e alla qualificazione dei servizi d'igiene pubblica e veterinari delle unità sanitarie locali numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, prevedere l'ulteriore potenziamento delle attività di radioprotezione nel presidio multizonale di prevenzione di Piacenza, di cui all'allegato n. 10 della presente legge, e la realizzazione di un'analoga attività presso il presidio multizonale di prevenzione di Parma, di cui all'allegato n. 10 soprarichiamato, in collaborazione con l'Università e con il servizio di fisica sanitaria dell'ospedale di Parma. Deve essere altresì istituito un centro di decontaminazione medica presso l'ospedale di Piacenza, così come previsto nell'allegato n. 10 alla presente legge.

Pur non appartenendo all'area occidentale interessata alla produzione elettronucleare, un'attenzione specifica dovrà essere rivolta anche all'impianto sperimentale del Brasimone (Bologna).

3.3.2. L'area interessata dalla produzione industriale di ceramica.

Questo settore produttivo comporta nella regione specifici problemi d'igiene pubblica e di medicina del lavoro in considerazione della sua dimensione quantitativa, essendo concentrati in Emilia-Romagna oltre i due terzi della produzione italiana di piastrelle. Le varie fasi della lavorazione sono infatti caratterizzate dall'emissione atmosferica e idrica di numerose sostanze inquinanti, fra le quali alcune di notevole rilievo sanitario, come piombo, fluoro, cadmio, cromo, nichel, boro, zirconio.

Le prescrizioni del comitato regionale contro l'inquinamento atmosferico e l'intervento degli enti locali, con la conseguente diffusa applicazione di impianti di depurazione e l'introduzione di tecnologie produttive sempre meno inquinanti, sono stati il punto di forza per l'effettivo contenimento dei rischi che da tale produzione derivano. Nondimeno i valori assoluti delle emissioni che permangono, la molteplicità e la tossi-

cità degli inquinanti in causa, la concentrazione di alcuni di essi nella catena alimentare e la tendenza all'accumulo nell'organismo umano, i riflessi pedologici e idrogeologici dell'attività produttiva e il sorgere di nuovi impegnativi problemi inerenti alla destinazione delle migliaia di tonnellate di fanghi residui che si vanno accumulando, conferiscono una eccezionale connotazione igienistica a tutte le conseguenze ambientali esterne connesse con la produzione ceramica.

Nelle unità sanitarie locali interessate da detta attività produttiva, deve pertanto prevedersi la riorganizzazione dei servizi d'igiene pubblica secondo standards notevolmente superiori a quelli precedentemente indicati. Deve provvedersi, altresì, al potenziamento dei laboratori di igiene ambientale e a quello dei presidi multizonali di prevenzione territorialmente competenti.

Nelle unità sanitarie locali dove la concentrazione di stabilimenti ceramici raggiunge le punte più elevate, la difficoltà di modificare in tempi brevi le sorgenti di rischio impone inoltre di integrare il controllo alimentare ed ambientale con una approfondita indagine epidemiologica e con un monitoraggio biologico della popolazione esposta.

L'area interessata alla produzione intensiva della ceramica industriale è, come noto, quella corrispondente al comprensorio Sassuolo-Scandiano, riferita i comuni delle unità sanitarie locali n. 12 e n. 17.

3.3.3. L'area chimica e petrolchimica ferrarese e ravennate.

La presenza di grandi impianti industriali chimici e petrolchimici, richiedenti sia un'assidua vigilanza sugli scarichi di esercizio nelle acque e nell'atmosfera, sia un controllo continuo della qualità dell'aria nell'abitato, sia, infine, l'organizzazione di piani di emergenza, impone di rivolgere particolare cura alla organizzazione dei servizi e dei presidi d'igiene pubblica delle unità sanitarie locali n. 31 (Ferrara) e n. 35 (Ravenna) che devono provvedere al controllo degli impianti.

Entrambi i capoluoghi provinciali, Ferrara e Ravenna, derivano inoltre la massima parte del rifornimento idropotabile da acque superficiali scorrenti in bacini intensamente industrializzati e chimicizzati e necessitano quindi di un controllo quotidiano particolarmente accurato sugli acquedotti.

Inoltre, per l'unità sanitaria locale n. 35, la presenza di un porto con rilevante traffico commerciale internazionale, comporta la necessità di una vigilanza igienica estesa anche al di fuori della cerchia portuale; e ciò tanto per la profilassi delle malattie infettive quanto per il controllo delle derrate alimentari per uso umano o animale e di vari altri prodotti che, attraverso il porto, vengono esportati o imporati nel territorio nazionale.

3.3.4. L'area dell'agricoltura intensiva e degli allevamenti zootecnici intensivi.

Si tratta di un'area non ben delimitabile ma assai vasta e comprendente la massima parte del territorio pianeggiante o collinare della regione. E' caratterizzata da un'ottima fertilità del terreno, da una disponibilità idrica quasi sempre sufficiente, ma progressivamente decrescente man mano che ci si allontana dal Po, da coltivazioni agricole di tipo intensivo, con un uso massiccio di concimi chimici e di antiparassitari di sintesi, dalla irregolare presenza di allevamenti zootecnici intensivi, specialmente suinicoli ed avicunicoli.

Gli antiparassitari agricoli impiegati annualmente in Emilia-Romagna ammontano a parecchie decine di migliaia di quintali: tra essi vi sono alcuni dei veleni più micidiali oggi conosciuti.

Gli interventi di prevenzione devono riguardare il controllo dei requisiti per il loro commercio ed impiego, il rilevamento della contaminazione ambientale ed alimentare da essi prodotta (suolo, acqua, prodotti agricoli) e la promozione delle misure cautelative conseguenti, il controllo di eventuali ripercussioni sulla salute della popolazione e dei lavoratori esposti, la formazione di un'adeguata coscienza sanitaria al riguardo. Una particolare attenzione ai problemi della prevenzione nella area agricola si rende inoltre necessaria per il crescente ruolo assegnato a quest'ultima nel riciclo biologico di acque più o meno depurate, di composti provenienti dal trattamento di rifiuti solidi urbani, di fanghi derivati dal trattamento di acque reflue civili o industriali.

Nonostante le esigenze di prevenzione nelle aree agricole interessino ampie zone del territorio regionale, si evidenzia come situazione particolarmente esposta ai rischi suddetti quella unità sanitaria locale n. 39 (Cesena).

3.3.5. L'area del turismo balneare di massa e dell'eutrofizzazione costiera.

Nei mesi estivi le presenze turistiche lungo tutto il litorale emiliano-romagnolo raggiungono punte assai elevate ed il rischio della diffusione di malattie infettive è aggravato dal parcolare affollamento delle abitazioni e degli alberghi, nei quali sono spesso ampiamente superati i limiti di recettività legalmente stabiliti, dalla notevole percentuale di minori, anche al di fuori delle numerose case di vacanza, dal consistente afflusso di turisti da altri paesi e dalla presenza infine a Rimini di un aeroporto internazionale.

L'elevatissimo numero di cucine collettive, la tendenza a centralizzare sempre più la preparazione dei pasti, la presenza di numerosi laboratori artigianali di produzione dolciaria e di gelati, accrescono il pericolo di infezioni e di tossinfezioni alimentari.

Oltre allo scrupoloso controllo degli alimenti, degli alberghi e dei complessi turistici recettivi extralberghieri e del personale addetto alle varie attività sottoposte a vigilanza igienica, sussiste inoltre la necessità di un severo controllo sull'igiene dell'ambiente e quindi anche sulla qualità delle acque destinate alla balneazione, che proprio in estate vanno spesso incontro a episodi acuti di eutrofizzazione.

I servizi d'igiene pubblica e veterinari ed i laboratori di igiene ambientale, sia a livello di base che multizonale (e, in particolare, quelli compresi nell'unità sanitaria locale n. 40 - Rimini nord), debbono essere pertanto in questa zona potenziati oltre gli standards in precedenza indicati e posti in grado di prestare la propria attività, durante il periodo estivo, anche nei giorni festivi. Il numero dei vigili sanitari deve essere elevato ed integrato stagionalmente, per consentire l'attuazione della vigilanza nelle festività e nelle ore serali, quando cioè più alto è l'afflusso turistico ed il consumo alimentare; deve essere altresì prevista una congrua disponibilità di assistenti sanitari per la molteplicità degli interventi a loro richiesti ed in particolare per le numerose indagini epidemiologiche che si rendono necessarie.

4. La qualificazione e l'aggiornamento del personale.

L'aggiornamento permanente del personale dei servizi di igiene pubblica e dei presidi multizonali di prevenzione, deve rappresentare uno degli obiettivi fondamentali da perseguire da parte della Regione e delle unità sanitarie locali; deve, in particolare, realizzarsi attraverso un ampio coinvolgimento delle strutture universitarie, non limitato alla sola facoltà di medicina.

Specifica attenzione deve essere inoltre riservata all'aggiornamento dei vigili sanitari chiamati a svolgere compiti sempre più rilevanti nel campo del controllo dell'igiene ambientale e alimentare.

In generale devono essere attivate iniziative volte ad approfondire le conoscenze nel campo dell'igiene e della ricerca epidemiologica; in questa direzione, con l'apporto, in particolare, dell'osservatorio epidemiologico regionale, dovranno essere promossi specifici corsi di aggiornamento per l'approfondimento:

dei criteri per il graduale miglioramento e la piena utilizzazione delle statistiche sanitarie correnti per la parte di competenza diretta del servizio di igiene pubblica;

delle informazioni, rilevanti e pertinenti, da includere nella relazione sanitaria annuale di competenza della Giunta regionale;

dei criteri per la costruzione delle mappe territoriali dell'inquinamento.

5. Il finanziamento.

5.1. Il presente progetto-obiettivo viene finanziato attraverso le quote di spesa corrente a destinazione vincolata nella misura di L. 5.030 milioni per l'anno 1981, di L. 8.000 milioni per l'anno 1982 e di L. 8.970 milioni per l'anno 1983.

Per quanto concerne le acquisizioni di nuovo personale, occorre anzitutto operare una distinzione tra il personale da utilizzare nei servizi di igiene pubblica di ciascuna unità sanitaria locale, e quello da utilizzare nei presidi multizonali di prevenzione. In riferimento a quest'ultimo presidio va peraltro precisato:

a) che il presidio multizonale di prevenzione, sulla base di quanto previsto dalla legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 e dal progetto-obiettivo «Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro», costituisce una struttura tecnica di sup-

porto di tutti gli interventi di prevenzione dell'unità sanitaria locale, con particolare riferimento a quelli effettuati dai servizi di igiene pubblica e di medicina preventiva e igiene del lavoro.

b) che con lo scioglimento dell'ENPI e dell'ANCC, un consistente numero di operatori delle diverse qualifiche professionali verrà acquisito dai presidi multizonali di prevenzione, nel cui ambito verranno svolte prevalentemente le funzioni degli enti esistenti.

Sulla base delle considerazioni suddette si possono più precisamente definire gli obiettivi di potenziamento dei servizi e presidi preposti alla tutela dell'igiene pubblica.

5.2. Il potenziamento dei servizi di igiene pubblica comporta, anzitutto, l'acquisizione di nuovo personale, per adeguare gli organici agli standards indicati. In particolare dovrà essere acquisito un consistente numero di medici igienisti, di infermieri professionali e di vigili sanitari, tale da consentire di raggiungere gli standards previsti dal presente progetto.

Occorre, inoltre, garantire, a livello di unità sanitaria locale, la presenza di un medico sportivo e la disponibilità di un medico legale per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 25 della legge regionale n. 1/1980.

E' infine necessario acquisire 40 periti chimici da collocare nei laboratori d'igiene ambientale delle unità sanitarie locali.

5.3. Dovrà inoltre essere previsto il potenziamento delle attrezzature dei laboratori d'igiene ambientale delle unità sanitarie locali, che costituiscono un presidio di supporto sia dei servizi d'igiene pubblica che dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro; analogo potenziamento, accompagnato dalle eventuali opere di ristrutturazione edilizia, si rende necessario per i presidi multizonali di prevenzione.

Occorre inoltre provvedere alla costruzione del centro di decontaminazione di Piacenza, nell'ambito degli interventi connessi alla predisposizione del piano di emergenza relativo alla centrale elettronucleare di Caorso.

5.4. Specifiche iniziative dovranno essere assunte per la qualificazione e l'aggiornamento professionale degli operatori, nonché per la promozione di iniziative nel campo dell'educazione sanitaria della popolazione e/o di categorie particolari di cittadini.

5.5. Gli interventi in materia di tutela sanitaria delle attività motorie e sportive sono finanziate oltre che attraverso la spesa corrente, anche mediante il fondo complessivo assegnato per l'attuazione del presente progetto-obiettivo, ai sensi dell'art. 18 della legge regionale 5 maggio 1980, n. 32.

ALLEGATO N. 5

Progetto-obiettivo:

TUTELA DELLA SALUTE DEI TOSSICODIPENDENTI E PREVENZIONE DEGLI STATI DI TOSSICODIPENDENZA

1. IL QUADRO LEGISLATIVO E PROGRAMMATICO.

1.1. Il complesso degli interventi nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza è tuttora regolamentato dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685, della quale alcune norme sono state superate a seguito dell'istituzione del servizio sanitario nazionale e altre potranno essere oggetto di revisione, che potrà portare alla definizione di un nuovo quadro normativo nazionale in materia. Tale revisione potrà favorire una migliore realizzazione del presente progetto, in quanto riguardi, in particolare:

a) la composizione delle tabelle delle sostanze sottoposte a controllo e la revisione della normativa relativa al consumo dei derivati della cannabis nel quadro di un diverso assetto legislativo internazionale;

b) la precisa definizione del quantitativo di sostanze stupefacenti e psicotrope sottoposte a controllo che possono essere detenute o acquistate per farne uso esclusivamente personale, senza comportare punibilità;

c) le modalità di intervento dell'autorità giudiziaria in materia di trattamenti sanitari nei confronti dei tossicodipendenti uniformandole alle previsioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di trattamenti sanitari volontari e obbligatori;

d) la riorganizzazione degli interventi informativi ed educativi, compresi quelli riservati ai detenuti;

e) le modalità e i criteri d'uso delle sostanze farmacologiche sostitutive per la disintossicazione e il recupero dei tossicodipendenti, comprendendo nella regolamentazione tutte le sostanze farmacologiche utilizzate come « sostitutivi ».

1.2. Nell'ambito del piano sanitario regionale 1981-1983, il presente progetto è il risultato delle indicazioni emerse dalla esperienza della Regione e degli enti locali negli ultimi anni; si raccorda infatti strettamente con l'« Aggiornamento del piano regionale d'intervento 1979-1981 » approvato dal consiglio regionale con deliberazione n. 2114 del 20 aprile 1979, approfondendo ed integrando le indicazioni programmatiche e organizzative riguardanti le implicazioni sanitarie e sociali della diffusione degli stati di tossicodipendenza nella Regione.

Modifica inoltre, per questo particolare aspetto, l'arco temporale di riferimento del precedente aggiornamento, che diviene pertanto il triennio 1981-83 e definisce le modalità per un'adeguata applicazione delle nuove norme nazionali e regionali di attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 che riguardano più direttamente il campo d'intervento del progetto. L'aggiornamento del piano approvato nell'aprile 1979 mantiene una sua complessiva validità, in particolare in quelle parti che si occupano degli aspetti politico-istituzionali, delle proposte nei confronti della scuola, del lavoro e dei giovani e del ruolo della autorità giudiziaria e degli organi di polizia.

1.3. Il presente progetto-obiettivo approfondisce in modo specifico indicazioni e proposte organizzative riguardanti gli aspetti sanitari e sociali degli interventi nel settore. Si occupa quindi prevalentemente della nuova organizzazione delle funzioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza nell'ambito delle competenze delle unità sanitarie locali, adeguando l'applicazione delle disposizioni della legge 685/75 al nuovo quadro normativo di riferimento. L'articolo 90 della legge 22 dicembre 1975, n. 685 prevede infatti il funzionamento in ogni Regione di un comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e di centri medici e di assistenza sociale « fino all'attuazione del servizio sanitario nazionale ».

2. GLI OBIETTIVI.

2.1. La regione Emilia-Romagna, nel triennio 1977-79, è stata tra le più colpite dalla diffusione del consumo di sostanze stupefacenti.

Come risulta dai dati pervenuti alla Regione e da quelli contenuti nel « Rapporto droga-Italia 1977-79 », redatto a cura del C.N.R. e dell'I.S.S. e consegnato al Ministro della sanità nel gennaio del 1980, la regione Emilia-Romagna figura tra le prime cinque regioni italiane per incidenza del fenomeno.

Applicando per la regione Emilia-Romagna i criteri adottati nel suddetto rapporto, nel complesso gli « assuntori » di oppiacei nella Regione dovrebbero essere tra 7 e 11 mila, tenuto conto che nel corso del 1979 le segnalazioni sono state in numero di 2.185.

Sia i dati regionali che i dati contenuti nel « Rapporto-droga », principalmente relativi alle rilevazioni del Ministero degli interni, segnalano una grande espansione del fenomeno nella Regione nel corso dell'anno 1978, con un incremento percentuale rispetto all'anno precedente vicino al 200% e una più modesta tendenza espansiva nel corso del 1979.

Infine sempre secondo il « Rapporto-droga » la regione Emilia-Romagna risulta, nel triennio, tra le regioni, al secondo posto per numero percentuale di decessi legati alla droga.

2.2. Le indicazioni e le proposte organizzative contenute nel presente progetto, sono quindi complessivamente finalizzate al raggiungimento, al termine del triennio, dei seguenti obiettivi:

a) diminuzione del tasso di incremento degli « assuntori » di sostanze stupefacenti e psicotrope sottoposte a controllo, con particolare riguardo alla popolazione tra i 14 e i 18 anni, con una prospettiva di contenimento entro valori significativamente inferiori, in percentuale, a quelli registrati mediamente sul territorio nazionale negli ultimi anni;

b) sensibile riduzione del numero dei decessi provocati dall'uso di sostanze stupefacenti e diminuzione degli stati patologici, in particolare delle epatopatie, connessi con l'uso abituale di sostanze stupefacenti e psicotrope;

c) aumento percentualmente significativo di tossicodipendenti che superano stabilmente la situazione di tossicodipendenza.

Al raggiungimento dei predetti obiettivi è legata la possibilità di contribuire in modo sostanziale al contenimento complessivo dell'espansione del fenomeno a livello nazionale.

3. L'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E I PROGETTI SPECIALI.

3.1. *La prevenzione.*

3.1.1. Per quanto attiene alla indicazione degli strumenti per una più adeguata organizzazione degli interventi di tipo preventivo, mantengono inalterata la loro validità le proposte contenute nell'aggiornamento del piano regionale d'intervento 1979-81.

Tali proposte in sintesi riguardano:

la necessità di un potenziamento quanti-qualitativo delle attività di prevenzione-repressione nei confronti del cosiddetto mercato-nero, anche attraverso forme di coinvolgimento responsabile dei cittadini da parte delle istituzioni pubbliche;

la ricerca e la promozione di momenti di incontro e di aggregazione che sappiano attivamente interessare i giovani e che consentano di affrontare in modo costruttivo e propositivo sia i problemi personali che le questioni più generali connesse alla condizione giovanile;

la necessità di stimolare un profondo rinnovamento nell'attuale modo di essere dell'organizzazione scolastica, favorendo il raccordo dei contenuti formativi e professionali della scuola alle prospettive reali di vita e di lavoro delle giovani generazioni;

l'esigenza di programmare, a livello scolastico, di quartiere, nei luoghi di lavoro e nei confronti degli operatori socio-sanitari, coordinate iniziative nel campo dell'informazione ed educazione sanitaria sui diversi aspetti del fenomeno.

3.1.2. Questa parte del progetto si limita pertanto a fornire indicazioni programmatiche ed organizzative in merito alle iniziative che per il triennio dovranno essere assunte dalla Regione e dalle unità sanitarie locali nel campo dell'informazione e dell'educazione sanitaria.

Costituisce primario impegno della Regione e delle unità sanitarie locali la elaborazione e la diffusione di informazioni coordinate e orientate a coprire adeguatamente l'area multiforme delle richieste di conoscenza in modo corretto e complessivo. Opuscoli e manifesti, materiale documentario e bibliografico, sussidi audiovisivi debbono essere preparati con particolare attenzione, anche al fine di predisporre strumenti informativi aggiornati e caratterizzati dalla semplicità e chiarezza degli elementi qualificanti l'informazione.

L'educazione sanitaria per la prevenzione della diffusione delle tossicodipendenze costituisce uno dei temi principali dell'intervento in ambito scolastico. In particolare devono essere previste forme e modalità di collaborazione con i competenti organi della scuola nell'ambito delle indicazioni di cui all'art. 5 della presente legge.

La Regione, gli enti locali, le unità sanitarie locali devono essere in grado di fornire agli operatori della scuola e agli studenti il necessario supporto informativo-educativo in materia di prevenzione della diffusione degli stati di tossicodipendenza.

Nei confronti degli insegnanti, utilizzando in primo luogo le nuove forme di aggiornamento che saranno organizzate a livello regionale, devono prevedersi specifici momenti di informazione nel campo dell'educazione sanitaria; a livello scolastico, inoltre, le singole unità sanitarie locali devono partecipare alle iniziative della scuola rivolte all'approfondimento ed alla discussione con gli studenti degli aspetti riguardanti la educazione sanitaria e la prevenzione della diffusione del fenomeno.

La Regione e gli enti locali devono inoltre assicurare, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art. 16 della presente legge, adeguate modalità di intervento, anche nel campo dell'educazione sanitaria, rivolte ad impedire la diffusione delle tossicodipendente nelle caserme; alla stessa stregua specifiche forme di intervento devono essere previste nelle istituzioni in cui è prevalente la componente giovanile e, in primo luogo, negli istituti carcerari per minori.

Si pone infine l'esigenza di attivare costanti canali informativi in grado di raggiungere il complesso degli operatori, tra cui i medici, i farmacisti, il personale sanitario non medico, gli operatori sociali, ai quali deve essere assicurato un adeguato livello di conoscenza delle iniziative assunte dagli enti pubblici nel settore e deve essere fornito un quadro aggiornato e scientificamente qualificato delle effettive potenzialità d'intervento nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

A tal fine devono essere opportunamente utilizzati gli attuali canali informativi, anche attraverso la collaborazione con gli Ordini dei medici e dei farmacisti, e devono essere pienamente coinvolti gli attuali centri formativi del personale sanitario non medico.

3.2. *L'organizzazione degli interventi sanitari e sociali.*

3.2.1. Gli interventi di carattere sanitario e sociale nei confronti dei tossicodipendenti sono effettuati, per quanto di rispettiva competenza, dai servizi sanitari e dal servizio sociale dell'unità sanitaria locale, di cui alla legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 e non da servizi aggiuntivi specificamente costituiti.

E' necessario tuttavia prevedere particolari forme di coordinamento organizzativo degli interventi, prefigurando soluzioni che si presentino stabili e definite anche sul piano istituzionale.

Questa impostazione di ordine generale è dettata dalle seguenti considerazioni:

a) sul piano tecnico-sanitario le particolari richieste di intervento sanitario e sociale da parte dei tossicodipendenti esigono risposte tali da presupporre modelli organizzativi e assistenziali multidisciplinari e con diverse caratteristiche tipologiche;

b) sul piano programmatico e metodologico la costituzione di servizi socio-sanitari specifici per tossicodipendenti potrebbe accentuare la situazione di emarginazione in cui si trovano i tossicodipendenti con negative implicazioni di ordine psicologico e sociale;

c) sul piano della qualificazione professionale, considerati gli attuali profili professionali degli operatori sanitari e sociali, non appare giustificata una tendenza alla formazione e all'utilizzo di operatori con esclusiva competenza nel campo delle tossicodipendenze; si pone, al contrario, l'esigenza di una adeguata preparazione e di un costante aggiornamento del personale sanitario e sociale più direttamente impegnato nell'assistenza ai tossicodipendenti.

3.2.2. I servizi dell'unità sanitaria locale ai quali sono prevalentemente affidati compiti socio-sanitari nel settore della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza sono:

a) il servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia;

b) il servizio per il coordinamento dell'attività medica di base, dell'attività specialistica ambulatoriale e dell'assistenza farmaceutica;

c) il servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica;

d) il servizio per l'assistenza ospedaliera;

e) il servizio sociale.

Nell'ambito delle proprie competenze e facendo salve altre possibilità di intervento determinate da specifiche esigenze locali, i servizi sopraelencati son tenuti ad assicurare almeno le seguenti attività:

servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia:

a) informazione ed educazione sanitaria in ambito scolastico e con il coinvolgimento delle famiglie;

b) interventi psicoterapeutici nei confronti di adolescenti tossicodipendenti e collaborazione ad eventuali attività rivolte alla socializzazione;

c) interventi di sostegno psicologico alle famiglie dei tossicodipendenti;

servizio per il coordinamento dell'attività medica di base, dell'assistenza specialistica ambulatoriale dell'assistenza farmaceutica:

a) profilassi delle situazioni patologiche connesse alla abituale assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope;

b) trattamenti sanitari di base;

c) trattamenti farmacologici sostitutivi a livello ambulatoriale;

d) accertamenti laboratoristici ed indagini clinico-strumentali « mirate »;

servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica:

a) trattamenti psicoterapeutici e/o psicofarmacologici;

b) collaborazione all'attuazione di interventi di risocializzazione nei confronti dei tossicodipendenti anche attraverso attività di supporto specialistico alle comunità ed ai centri di recupero;

servizio per l'assistenza ospedaliera:

a) trattamenti intensivi nei casi di emergenza/urgenza;

b) trattamenti in regime di ricovero per patologie collaterali intercorrenti;

c) trattamenti, in regime di ricovero, per accertamenti di particolare complessità o per interventi intensivi di disintossicazione.

In particolare, per quel che riguarda gli interventi di emergenza/urgenza è necessario dotare di strumenti adeguati i dipartimenti di emergenza e provvedere, tra l'altro, ad assicurare loro la disponibilità di farmaci efficaci (ad esempio dei nuovi antagonisti morfinici) e a garantire agli operatori un costante aggiornamento sulla composizione della maggior parte delle sostanze presenti sul mercato clandestino nei rispettivi territori di riferimento.

Per l'effettuazione degli interventi per la cura di situazioni patologiche connesse all'assunzione abituale di sostanze stupefacenti è inoltre opportuno assicurare ai servizi e presidi che sino ad oggi hanno positivamente operato nel settore il necessario supporto organizzativo, per un adeguato proseguimento delle loro attività, nell'ambito dell'attività di coordinamento di cui al successivo punto 3.2.4.

Infine i ricoveri ospedalieri non connessi ad interventi di emergenza/urgenza devono essere adeguatamente programmati nell'ambito dell'attività di coordinamento di cui ai successivi punti 3.2.3. e 3.2.4. e rigurdare di norma i soli tossicodipendenti del territorio di riferimento.

I ricoveri devono essere effettuati preferibilmente presso l'astanteria o i reparti di medicina generale ed avere una durata strettamente limitata alla necessità effettiva di trattamento in condizioni di degenza.

I trattamenti farmacologici sostitutivi a dosi scalari in regime di ricovero devono rientrare nell'ambito dell'attività di coordinamento di cui al successivo punto 3.2.4.

servizio sociale:

a) collaborazione all'attuazione di interventi preventivo-informativi;

b) interventi di reinserimento sociale e lavorativo in collegamento con i servizi interessati;

c) prestazioni sociali e/o economiche di carattere immediato o contingente.

I servizi sopraelencati devono assicurare, nell'ambito delle proprie competenze, una adeguata informazione ed educazione sanitaria della popolazione in merito al problema delle tossicodipendenze.

3.2.3. L'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale di cui all'art. 37 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, assicura il « coordinato utilizzo dei presidi sanitari dell'unità sanitaria locale per l'effettuazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ».

L'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale, nell'ambito dei compiti di coordinamento che gli sono attribuiti, ed avendo riguardo alle particolari esigenze di articolazione distrettuale degli interventi, stabilisce le modalità organizzative per garantire:

a) l'effettuazione da parte di ciascuno dei servizi degli interventi sanitari e sociali di competenza, secondo quanto indicato al punto 3.2.2.;

b) forme di collegamento fra i servizi di cui al punto 3.2.2. tali da consentire l'elaborazione di complessivi piani individuali di trattamento terapeutico riabilitativo del tossicodipendente e la loro verifica.

Inoltre l'ufficio di direzione, anche tramite i servizi interessati dell'unità sanitaria locale, assicura:

la promozione e organizzazione di iniziative nel campo dell'informazione ed educazione sanitaria della popolazione e dei giovani in particolare;

la profilassi igienico-sanitaria nei confronti dei rischi patologici dei tossicodipendenti, anche attraverso l'informazione periodica sulle caratteristiche delle sostanze presenti sul mercato illegale;

la raccolta ed elaborazione di dati e notizie statistiche sull'andamento locale del fenomeno;

il coordinamento con l'attività di enti ed organizzazioni private e di volontariato che operano nel settore.

3.2.4. In relazione a particolari esigenze di intervento, determinate dalla rilevante consistenza del fenomeno in alcune areee territoriali, e con l'obiettivo di assicurare un più adeguato coordinamento dell'intervento dei servizi sanitari e del servizio sociale ai diversi livelli locali, gli uffici di direzione delle unità sanitarie locali individuate dal presente progetto-obiettivo si avvalgono della collaborazione di una èquipe di operatori direttamente coordinata dagli uffici stessi. Sono individuate le seguenti unità sanitarie locali i cui uffici di direzione devono direttamente coordinare una specifica èquipe di operatori:

U.S.L.	Ambito territoriale di riferimento
Piacenza	U.S.L. numeri 1, 2 e 3
Parma	U.S.L. numeri 4, 5, 6 e 7
Reggio Emilia	U.S.L. numeri 8, 9, 10, 11, 12 e 13
Modena	U.S.L. numeri 14, 15, 16, 17, 18 e 19
Bologna ovest	U.S.L. numeri 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29
Ferrara	U.S.L. numeri 30, 31, 32, 33 e 34
Ravenna	U.S.L. numeri 35, 36 e 37
Forlì	U.S.L. n. 38
Cesena	U.S.L. n. 39
Rimini	U.S.L. numeri 40 e 41

L'individuazione delle unità sanitarie locali di cui sopra potrà adeguatamente essere modificata o integrata nel periodo di validità del piano a seguito del manifestarsi di nuove e particolari esigenze.

La suddetta èquipe comprende da due a quattro operatori a tempo pieno (preferibilmente con precedenti esperienze nel campo degli interventi socio-sanitari nei confronti dei tossicodipendenti); gli operatori, tra i quali deve essere previsto un medico, devono essere in possesso di una delle seguenti professionalità: psicologo, sociologo, assistente sociale, o figure equiparate, assistente sanitaria visitatrice, infermiere.

L'èquipe costituisce il settore per il coordinamento degli interventi per la tutela della salute dei tossicodipendenti, in seguito, per brevità denominato C.T.S.T.

La dotazione organica del C.T.S.T. e le sue modalità di intervento, compresa la definizione di forme di intervento stabilmente decentrate nelle unità sanitarie locali comprese nell'ambito di riferimento di cui al prospetto precedente, sono stabilite dagli organi dell'unità sanitaria locale, sentite le unità sanitarie locali interessate.

L'ufficio di direzione, nell'ambito dei compiti di cui all'articolo 37, secondo comma, lettere *b*) e *f*), della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, propone al comitato di gestione il responsabile del servizio individuato tra quelli di cui al precedente punto 3.2.2. a cui affidare, in riferimento all'art. 21 della stessa legge regionale, il compito di coordinare l'attività del C.T.S.T.

Il C.T.S.T., oltre ad assicurare l'espletamento dei compiti in materia propri dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale in cui ha sede, provvede, in collegamento coi servizi delle unità sanitarie locali interessate:

a elaborare, secondo le indicazioni generali della Regione, articolati programmi nel campo dell'educazione sanitaria e ad affidare ai singoli servizi la realizzazione delle parti di rispettiva competenza;

a ricercare i necessari collegamenti con i provveditorati agli studi e con i comitati di studio, programmazione e ricerca;

a realizzare un organico coordinamento tra le attività socio-sanitarie delle unità sanitarie locali comprese negli ambiti di riferimento precedentemente individuati;

a proporre criteri orientativi per l'effettuazione di programmi terapeutici e riabilitativi ed a verificarne periodicamente la validità;

a coordinare gli interventi socio-sanitari nei confronti dei tossicodipendenti carcerati;

a mantenere i necessari collegamenti, a livello istituzionale, con l'autorità giudiziaria e gli organi di polizia giudiziaria;

a coordinare la raccolta dei dati statistici ed epidemiologici da parte degli uffici di direzione delle unità sanitarie locali comprese nello stesso ambito territoriale di riferimento e a promuovere indagini statistico-epidemiologiche specifiche;

a promuovere ed organizzare corsi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari impegnati nel settore.

Gli uffici di direzione delle unità sanitarie locali precedentemente individuati, provvedono alla costituzione di un gruppo tecnico di coordinamento per l'espletamento dei compiti sopraelencati. Il gruppo deve essere composto, oltre che dagli operatori del C.T.S.T., da almeno un operatore dipendente dai servizi sanitari e sociali dell'unità sanitaria locale sede del C.T.S.T. previsti dal precedente punto 3.2.2. e da almeno un operatore per ciascuna delle unità sanitarie locali comprese negli ambiti di riferimento sopra indicati.

A tal fine gli uffici di direzione di ciascuna delle unità sanitarie locali comprese nello stesso ambito territoriale di riferimento, individuano almeno un operatore socio-sanitario appartenente ad uno dei servizi di cui al punto 3.2.2., che farà parte del gruppo tecnico di coordinamento. Tra i componenti del gruppo tecnico può essere individuato un coordinatore, di regola scelto tra gli operatori del C.T.S.T.

3.2.5. Le attività rivolte al recupero ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti devono comportare un impegno maggiore rispetto al passato da parte delle strutture pubbliche, dei comuni e dei quartieri in particolare.

In questi anni positive esperienze sono in alcuni casi state realizzate da iniziative di tipo privato e di carattere volontario; tali iniziative devono essere ulteriormente valorizzate e devono trovare le necessarie integrazioni con i programmi di intervento nel settore, predisposti dalle strutture pubbliche.

In quest'ambito acquista particolare importanza la promozione diretta di iniziative pubbliche rivolte alla formazione di comunità di gruppi impegnati in attività di vario tipo e, più in generale, di momenti di aggregazione, anche in forme non codificate da attuare in via sperimentale..

Le unità sanitarie locali, i comuni devono porsi l'obiettivo di cointeressare gruppi giovanili, centri culturali, enti ed associazioni di promozione sportiva, associazioni di volontariato, al fine di promuovere una sempre maggiore mobilitazione dei cittadini e di concretamente sperimentare forme di risocializzazione e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Il movimento sindacale, le cooperative, le associazioni degli artigiani e degli imprenditori possono, in questa direzione, rappresentare punti di riferimento specifici per l'attuazione dei programmi riabilitativi.

Gli interventi farmacologici « sostitutivi » devono essere effettuati nell'ambito di programmi più complessivi finalizzati al recupero del tossicodipendente, in applicazione della normativa nazionale e regionale in materia e tenendo conto degli aggiornamenti che si potranno rendere necessari nel corso del triennio di validità del piano. Deve in particolare considerarsi esclusa la possibilità dell'effettuazione di trattamenti farmacologici « sostitutivi » che si pongano l'esclusivo obiettivo del mantenimento nella situazione di tossicodipendenza; il ricorso a trattamenti farmacologici « sostitutivi », a dosi scalari e per determinati periodi di tempo, deve essere consentito solo nell'ambito di specifici programmi rivolti al recupero nei casi in cui sia clinicamente dimostrata una situazione di cronica tossicodipendenza.

E' in ogni caso indispensabile mantenere i possibili collegamenti assistenziali con tutti i tossicodipendenti che richiedano interventi socio-sanitari ed è, in questo quadro, importante assicurare, contestualmente alla ricerca dell'impostazione di precisi programmi di recupero, gli interventi rivolti a favorire il miglioramento dello stato di salute del tossicodipendente, anche con il contingente obiettivo di ridurre il grado di tossicodipendenza.

E' infine necessario adottare criteri e modalità specifiche che consentano di operare le necessarie verifiche sulla realizzazione delle esperienze rivolte al recupero e al reinserimento sociale del tossicodipendente e soprattutto sul valore dei risultati acquisiti nelle diverse realtà locali, sia in termini quantitativi che qualitativi.

3.3. *I progetti speciali.*

3.3.1. Sono individuate nell'area metropolitana bolognese e della riviera adriatica due zone del territorio regionale nelle quali è necessario prevedere un particolare intervento di carattere programmatico e organizzativo. Modifiche e integrazioni potranno essere introdotte nel corso del periodo di validità del piano in relazione alle periodiche verifiche che saranno effettuate.

3.3.2. La situazione dell'area metropolitana bolognese presenta caratteristiche peculiari, tra cui:

l'articolazione del territorio di Bologna e provincia in 10 unità sanitarie locali di cui 3 nella sola città di Bologna, con una popolazione complessiva residente di 931.580 abitanti, di cui 508.195 nelle 3 unità sanitarie locali cittadine;

la particolare posizione geografica della città al centro di un importante nodo ferroviario ed autostradale;

la rilevante presenza di popolazione giovanile in relazione alle caratteristiche socio-culturali della città sede, tra l'altro, di un importante centro universitario;

la situazione di disagio e di crescente disgregazione sociale che investe alcuni quartieri e che può concorrere a favorire il diffondersi di comportamenti criminali e asociali;

la grande rilevanza della diffusione degli stati di tossicodipendenza che, secondo il citato « Rapporto-droga Italia 1977-1978-1979 », pone la città di Bologna al terzo posto, dopo Milano e Roma, per incidenza del fenomeno, con una presenza pari al 5% di tutti gli « assuntori » deferiti o segnalati sul territorio nazionale da parte degli organi di polizia;

l'elevato numero di segnalazioni nel corso dell'anno 1978 (555), pari a circa un terzo del complesso delle segnalazioni regionali dell'anno.

Relativamente all'area metropolitana bolognese, si prevede pertanto:

di dotare il C.T.S.T. di Bologna ovest di almeno 4 operatori socio-sanitari a tempo pieno;

di individuare, in ognuno dei servizi sanitari di cui al precedente punto 3.2.2. delle unità sanitarie locali dell'area metropolitana bolognese, almeno un operatore con un impegno orario definito, di norma non inferiore a 18 ore settimanali, che entri a far parte del gruppo tecnico di coordinamento;

di individuare in ognuno dei servizi sociali delle tre unità sanitarie locali dell'area metropolitana bolognese, almeno due operatori sociali con un impegno orario definito non inferiore alle 18 ore settimanali che entrino a far parte del gruppo tecnico di coordinamento, con il compito di assicurare la effettuazione degli interventi di carattere sociale di cui al precedente punto 3.2.2.

Ciascuna delle unità sanitarie locali della provincia di Bologna deve comunque individuare, come previsto dal precedente punto 3.2.4., almeno un operatore socio-sanitario che entri a far parte del gruppo tecnico di coordinamento. A tal fine i comitati di gestione delle unità sanitarie locali interessate adottano i necessari provvedimenti amministrativi per una adeguata definizione delle modalità di messa a disposizione degli operatori e per una corretta organizzazione del funzionamento del gruppo, anche attraverso il diretto coinvolgimento degli uffici di direzione interessati.

3.3.3. La situazione della riviera adriatica richiede la predisposizione di uno specifico programma di intervento che preveda soluzioni organizzative particolari nei mesi estivi. Infatti il notevole afflusso estivo comporta un aumento considerevole della richiesta di intervento; quello maggiormente richiesto è di tipo sanitario e a livello ambulatoriale e in situazione di urgenza, con una conseguente maggiore necessità di disporre personale medico e di operatori sanitari non medici.

Pertanto, fermo restando che è compito delle unità sanitarie locali interessate quantificare tale rafforzamento presso i diversi presidi in relazione alle effettive necessità connesse alla non omogenea distribuzione del fenomeno lungo la costa durante il periodo estivo, è comunque necessario:

a) un adeguamento quantitativo e qualitativo delle strutture e del personale dei dipartimenti di emergenza;

b) un rafforzamento dell'attività ambulatoriale per eventuali trattamenti brevi che si rendessero necessari.

E' infine necessario prevedere annualmente, prima del periodo estivo, l'organizzazione di corsi per gli operatori impegnati nel settore.

3.4. *Il comitato tecnico consultivo regionale.*

Al fine di valutare sul piano scientifico e culturale il grado di attuazione, nel corso ed alla fine del triennio, del presente progetto-obiettivo e di procedere agli eventuali conseguenti aggiornamenti, la regione Emilia-Romagna istituisce un comitato tecnico consultivo. I componenti il comitato, presieduto dall'assessore alla sanità, sono nominati dal consiglio regionale. Il comitato è composto da:

un operatore socio-sanitario per ogni C.T.S.T.;

dieci esperti scelti tra psichiatri, psicologi, farmacologi, educatori, sociologi, assistenti sociali ed operatori di riconosciuta esperienza nel settore degli interventi pubblici e privati in materia;

un funzionario degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione, designato dal Ministero stesso;

un funzionario delle forze di polizia, designato dal Ministero degli interni;

un rappresentante dell'Arma dei carabinieri, designato dal Ministero della difesa;

un rappresentante della guardia di finanza, designato dal Ministero delle finanze;

il presidente del tribunale dei minorenni;

i presidenti delle sezioni specializzate di cui all'art. 101 della legge n. 685/75.

Il comitato è organo tecnico-consultivo del consiglio regionale, della commissione consiliare competente e della giunta regionale. Esprime pareri e formula proposte su tutte le questioni che gli vengono sottoposte.

4. GLI STRUMENTI INFORMATIVI E LA RICERCA EPIDEMIOLOGICA.

4.1. Obiettivo fondamentale è quello di giungere ad un adeguato livello di conoscenza del fenomeno sul territorio regionale individuando le aree « a rischio » e costruendo un quadro aggiornato dell'evoluzione del fenomeno.

Gli strumenti tradizionali dell'indagine epidemiologica possono risultare inadeguati di fronte alla complessità del problema, trattandosi di un campo di indagine scarsamente definito in cui le stesse definizioni di « tossicodipendente » e di « tossicomania » possono acquistare valenze e significato diversi.

E' comunque necessario raggiungere un livello di conoscenza sufficientemente approfondito dell'intensità e dell'andamento del fenomeno.

Attualmente la raccolta dei dati è affidata ad una scheda di segnalazione ministeriale. Si tratta di una rivelazione di carattere continuo che non consente di ricavare le informazioni necessarie sulla effettiva dimensione del fenomeno per cui è necessario procedere all'individuazione di alcuni indicatori in grado di completare ed approfondire le informazioni.

4.2. Attraverso l'attivazione del sistema informativo sanitario regionale e anche avvalendosi dell'osservatorio epidemiologico, si deve provvedere alla rilevazione ed elaborazione dei dati ritenuti necessari per la predisposizione dei suddetti indicatori.

Tra tali dati sono compresi:

a) quelli provenienti da presidi e servizi sanitari extra-ospedalieri relativi:

al numero di persone che hanno richiesto l'intervento;

al numero degli interventi;

al numero delle persone effettivamente seguite, suddivise a seconda del tipo di trattamento;

al numero e al tipo di trattamenti farmacologici effettuati;

al numero delle persone che hanno usufruito di trattamenti farmacologici sostitutivi, suddivisi a seconda del tipo di trattamento farmacologico;

b) quelli provenienti dai presidi ospedalieri relativi:

al numero delle persone che hanno ricevuto prestazioni di emergenza;

al numero dei decessi di tossicodipendenti in ambito ospedaliero;

al numero di ricoveri determinati da situazioni di tossicodipendenza;

c) quelli provenienti dall'autorità giudiziaria e dagli organi di polizia giudiziaria relativi:

al numero degli arresti effettuati ai sensi della legge n. 685/1975;

al numero delle denunce ai sensi della legge n. 685/1975;

al numero dei decessi di tossicodipendenti avvenuti al di fuori dei presidi ospedalieri;

al tipo e ai quantitativi di sostanze sequestrate;

al numero delle sentenze emesse ai sensi della legge n. 685/1975;

al numero delle sentenze di condanna emesse ai sensi della legge n. 685/1975.

4.3. La sistematica raccolta del complesso dei dati precedenti ed una loro valutazione integrata e ponderata dovrebbe consentire di arrivare alla definizione della intensità del fenomeno nelle diverse situazioni locali e del suo andamento temporale.

E' compito di ciascun C.T.S.T. curare l'organizzazione delle informazioni e la raccolta dei dati sul territorio di propria competenza, promuovendo e collaborando a specifici programmi di ricerca. Il comitato tecnico consultivo regionale promuove specifici progetti di ricerca di tipo epidemiologico e collabora alla verifica dei risultati ottenuti a seguito delle rilevazioni periodiche di cui sopra.

5. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI.

La necessità di programmare interventi di qualificazione e aggiornamento capaci di promuovere la crescita professionale e culturale degli operatori rappresenta elemento di garanzia per la qualità dei servizi e per l'acquisizione di sempre maggiori capacità professionali degli operatori.

La Regione pertanto, avvalendosi della collaborazione delle università e dei servizi delle unità sanitarie locali e con il contributo del comitato tecnico consultivo, fissa, ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, gli obiettivi generali e le modalità di svolgimento dell'aggiornamento degli operatori socio-sanitari più direttamente impegnati nelle attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Nell'espletamento di tali compiti la Regione può attuare forme di collaborazione con iniziative analoghe di altre Regioni.

Nel triennio devono essere organizzati corsi regionali finalizzati, da un lato, alla acquisizione di nuove conoscenze e tecniche professionali e, dall'altro, alla verifica delle diverse esperienze locali.

Corsi di aggiornamento periodici sono inoltre promossi a livello locale anche al fine di assicurare la omogeneizzazione degli interventi e di verificare le esigenze dei singoli settori operativi. La Regione, con la collaborazione del comitato tecnico consultivo, provvede inoltre alla costituzione di un centro di documentazione regionale in grado di raccogliere e diffondere materiale scientifico, specifico e aggiornato, nazionale ed internazionale, anche stabilendo contatti con altri centri di ricerca e di documentazione.

6. IL FINANZIAMENTO.

Lo stanziamento previsto per il 1981 è di L. 480 milioni, per il 1982 di L. 670 milioni e per il 1983 di L. 850 milioni; tale finanziamento è finalizzato a sostenere le spese integrative per gli interventi sanitari e sociali delle unità sanitarie locali, le spese aggiuntive per il funzionamento dei C.T.S.T., le spese per l'attuazione dei progetti speciali, le spese per il comitato tecnico consultivo regionale, le spese per l'attività informativa e di educazione sanitaria, le spese e il reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, le spese per l'attivazione degli strumenti informativi e la ricerca epidemiologica, le spese relative alla formazione e all'aggiornamento professionale degli operatori impegnati nel settore.

ALLEGATO N. 6

Programma speciale

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' EMODIALITICHE E DI TRAPIANTO RENALE

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.

In base alle rilevazioni epidemiologiche più recenti, si calcola che sessanta persone per milione di abitanti giungano ogni anno alla uremia terminale e debbano quindi essere immessi in terapia dialitica. Tale previsione subisce un sensibile aumento quando il trattamento viene esteso alle fasce di età più avanzate ed a tutti i pazienti già affetti da altre malattie gravi, per le quali l'uremia rappresenta un elemento di peggioramento di condizioni patologiche già irreversibili.

A fronte di tale incremento si registra un indice annuo di uscita dal programma dialitico valutato intorno al 10 % dei pazienti. Applicando tali indici all'attuale popolazione dell'Emilia-Romagna (senza quindi tener conto di eventuali variazioni) e considerando che i pazienti attualmente in dialisi nei presidi del territorio regionale sono circa 900, sembra giustificato prevedere che alla fine del triennio la popolazione uremica cronica, nella Regione, avrà raggiunto le 1.300 unità.

Una modificazione di tale andamento potrà essere determinata dall'incremento delle attività di trapianto e, in prospettiva, dallo sviluppo della prevenzione primaria e della diagnosi precoce delle nefropatie.

In ogni caso le suddette previsioni fanno ritenere che il carico assistenziale, per quanto riguarda la dialisi, resterà considerevole e, in carenza di ipotesi alternative, sicuramente insostenibile dalle attuali strutture ospedaliere.

2. GLI INDIRIZZI OPERATIVI DELLE ATTIVITÀ EMODIALITICHE.

2.1. Attualmente i reparti di nefrologia e dialisi nel territorio regionale sono otto, distribuiti nelle unità sanitarie locali n. 2 di Piacenza, n. 4 di Parma « Bassa est », n. 9 di Reggio Emilia, n. 16 di Modena, n. 28 di Bologna nord (Ospedale S. Orsola e Ospedale Malpighi), n. 31 di Ferrara e n. 35 di Ravenna, recentemente attivato. Sono funzionanti peraltro presso 21 unità sanitarie locali, attività di dialisi decentrate dipendenti dai suddetti reparti.

Secondo le previsioni, nel triennio, come risulta dall'allegato n. 10 alla presente legge, dovranno essere attivati reparti di nefrologia e dialisi in tutte le province. Tuttavia anche il potenziamento del reparto di nefrologia di Ravenna (unità sanitaria n. 35) e l'attivazione, entro il triennio, di analoghi reparti in provincia di Forlì (unità sanitaria locale n. 39) e nel circondario di Rimini (unità sanitaria locale n. 40) potranno incidere in misura limitata sulla capacità complessiva regionale di far fronte alla nuova domanda, in quanto tali presidi dovranno rispondere ad una situazione locale contraddistinta da una incidenza particolarmente elevata delle nefropatie e, per quanto riguarda la dialisi, da un consistente numero di pazienti ad alto rischio clinico.

D'altra parte la previsione dell'incremento dei reparti di nefrologia in rapporto proporzionale all'aumento della popolazione dialitica, non è compatibile con i criteri, ormai consolidati, di efficienza funzionale e di economia di scala oltre che, in questo settore specifico, con i mutamenti intervenuti nei criteri di conduzione della terapia dialitica e della sua organizzazione.

2.2. L'evoluzione tecnica e culturale verificatasi nel settore in questi ultimi anni (perfezionamento delle attrezzature e delle metodiche, introduzione delle dialisi brevi, estensione del trattamento domiciliare, diffusione della dialisi ad assistenza limitata, coinvolgimento del paziente nella gestione della dialisi) ha consentito alla terapia dialitica di assumere un significato assistenziale del tutto particolare, evidenziandone le possibilità di essere organizzata in forme e strutture alternative al ricovero ospedaliero cui è obbligatoriamente legata solo nella sua fase iniziale, o per eventuali complicanze successivamente sopravvenute.

L'attività dei reparti di nefrologia deve dunque essere diretta ad organizzare sul territorio provinciale di competenza una rete di presidi dialitici alternativi alla dialisi ospedaliera, utilizzando le possibilità offerte dalla dialisi domiciliare, da quella ad assistenza limitata e da quella peritoneale continua.

Il decentramento della terapia dialitica non risponde solo all'esigenza di decongestionare i presidi ospedalieri ma, e soprattutto, a quella di avvicinare quanto più possibile la terapia al luogo in cui il paziente vive e lavora, in modo da favorire costanti positivi rapporti con il suo normale contesto sociale. Una lunga esperienza acquisita anche in campo internazionale ha dimostrato i vantaggi che tale procedura comporta sulla vita personale del paziente e sugli effetti della terapia.

L'addestramento dei pazienti deve pertanto costituire il principale impegno del personale medico e infermieristico che opera nei reparti di nefrologia.

2.3. La dialisi domiciliare consente al paziente, preventivamente addestrato presso un reparto di nefrologia, di condurre autonomamente il trattamento nel proprio domicilio o in altra sede extraospedaliera, senza la presenza di personale sanitario o con l'aiuto subordinato di un partner, familiare o terzo, anch'esso addestrato.

La disponibilità del personale medico e infermieristico si rende necessaria soltanto per situazioni cliniche o tecniche non previste, oltre che per i controlli periodici.

Tale forma di trattamento consente di favorire un migliore inserimento sociale del paziente, a cui si evitano i disagi degli spostamenti e l'imposizione di orari che possono interferire con la sua vita familiare e con la sua organizzazione lavorativa.

Vi sono tuttavia limiti oggettivi all'espansione della dialisi domiciliare legati allo stato clinico dei pazienti (alla dialisi domiciliare possono infatti accedere solo coloro che non presentano complicanze o altre manifestazioni patologiche) e ad altri fattori, quali la mancanza di abitazioni idonee, l'impossibilità di disporre di un partner, la difficoltà a collaborare o il rifiuto psicologico da parte del paziente stesso di gestire autonomamente il proprio trattamento terapeutico. La dialisi domiciliare rappresenta comunque una modalità terapeutica di elezione e, in determinati casi, si costituisce come l'unica perseguibile.

L'esercizio della dialisi domiciliare è disciplinato dalla legge regionale 1° settembre 1976, n. 40, ed è subordinato ad una specifica autorizzazione che viene rilasciata al paziente al termine di un periodo di addestramento presso un reparto di nefrologia. La percentuale dei pazienti in dialisi domiciliare nella Regione ha registrato, negli ultimi anni, una graduale diminuzione attribuibile, almeno in parte, al maggior numero dei pazienti immessi in dialisi e allo sviluppo di presidi ad assistenza limitata.

Di fronte alla consistenza del previsto fabbisogno di terapia dialitica e nell'ambito di un programma di interventi finanziari ben definiti, si prevede che, anche nel prossimo triennio, il numero dei pazienti da avviare al trattamento domiciliare dovrà essere contenuto nei limiti delle risorse disponibili.

In alternativa all'emodialisi ospedaliera, domiciliare o ad assistenza limitata, in una percentuale non precisabile ma significativa dei casi, si colloca la più recente metodica della dialisi peritoneale continua o intermittente, domiciliare o ospedaliera, che recenti esperienze internazionali e nazionali indicano come valida, sia sotto il profilo clinico, sia sotto quello psicologico, riabilitativo ed economico. Essa presenta inoltre il vantaggio di poter essere effettuata senza il ricorso ad apparecchiature e strutture sanitarie, contribuendo notevolmente alla soluzione del problema della progressiva necessità di nuovi posti-dialisi.

2.4. La dialisi ad assistenza limitata costituisce una modalità di trattamento dialitico intermedio, in termini di riabilitazione sociale, fra la dialisi ospedaliera e la dialisi domiciliare e, rispetto quest'ultima, può considerarsi un'alternativa altrettanto valida in tutti i casi in cui il paziente non può essere assistito a domicilio. Essa consiste nell'addestrare i pazienti a gestire autonomamente la dialisi sia sotto l'aspetto tecnologico che clinico, trasferendoli poi, ad addestramento completato, in sedi periferiche distribuite sul territorio in relazione alle località di residenza dei singoli pazienti. In tali sedi l'assistenza è assicurata da personale infermieristico che coadiuva più pazienti contemporaneamente, limitando il proprio intervento a quelle pratiche che i pazienti non sono in grado di eseguire da soli, mentre l'assistenza medica è assicurata dal reparto competente per territorio.

I positivi risultati raggiunti in questi anni fanno ritenere l'organizzazione della dialissi presso presidi ad assistenza limitata come misura idonea per realizzare l'obiettivo di garantire il trattamento dialitico a tutti coloro per i quali costituisce indicazione terapeutica.

Il trattamento ad assistenza limitata consente infatti:

l'avvicinamento della dialisi al domicilio del paziente;

orari di utilizzazione elastici e adeguabili alle esigenze di lavoro e di vita dei pazienti;

l'impiego di personale infermieristico numericamente ridotto;

la partecipazione dei pazienti alla gestione del proprio trattamento;

l'adeguata utilizzazione delle strutture dialitiche;

la possibilità di trattare anche pazienti a medio rischio

Anche per la dialisi ad assistenza limitata le indicazioni per la sua applicazione sono legate alla situazione clinica generale del paziente e alla sua disponibilità di collaborare alla terapia.

2.5. I presidi dialitici ad assistenza limitata attualmente in funzione nella Regione sono 22 e altri 3 sono in corso di attivazione.

Se le finalità per cui sono stati attivati è omogenea (decentramento della terapia dialitica sul territorio), non altrettanto può dirsi per quanto riguarda la loro impostazione organizzativa

Nell'ambito di un programma di espansione dei presidi ad assistenza limitata sembra pertanto opportuno indicarne le caratteristiche organizzative e funzionali che ne garantiscano l'economicità e la rispondenza alle finalità per cui vengono attivati

Va premesso, innanzitutto, che l'individuazione della sede spetta, in ogni ambito provinciale, al reparto di nefrologia competente territorialmente.

La collocazione strutturale deve essere preferibilmente extra ospedaliera. L'eventuale sistemazione in locali ospedalieri non muta le caratteristiche dell'assistenza dialitica né, tanto meno la prefigura come attività ospedaliera. Il dimensionamento ottimale, in termini di attrezzature, va da un minimo di due unità dialitiche per 3-4 pazienti ad un massimo di 6 unità dialitiche per 20-24 pazienti, distribuiti in due turni giornalieri. Al di sotto e al di sopra di tale utenza vanno ricercate soluzioni nella dialisi domiciliare o nell'attivazione di altre sedi.

L'assistenza continua è assicurata da personale infermieristico preventivamente addestrato presso il reparto di nefrologia territorialmente competente.

Il numero delle unità infermieristiche da impiegare presso ciascuna sede varia in relazione al numero delle unità dialitiche secondo un rapporto considerato ottimale di una unità infermieristica ogni tre unità dialitiche.

Qualora insorgessero complicanze che rendessero consigliabile una assistenza ospedaliera continua, il paziente può essere nuovamente accolto, per il periodo necessario, presso il corrispondente reparto di nefrologia.

La responsabilità clinica dei pazienti in trattamento dialitico è del reparto di nefrologia territorialmente competente, mentre la gestione e la organizzazione delle sedi sono di competenza

del servizio di assistenza ospedaliera dell'unità sanitaria locale. Appositi provvedimenti potranno essere adottati dalla giunta regionale per uniformare i criteri di addestramento del personale infermieristico e i contenuti delle convenzioni per l'organizzazione e il funzionamento dei presidi di attività dialitica.

2.6. Una organizzazione di attività domiciliare e di presidi ad assistenza limitata ottimale dal punto di vista quantitativo e qualitativo, deve consentire ai reparti dialitici territorialmente competenti di selezionare la domanda, mantenendo il grado di utilizzo delle proprie strutture dialitiche entro i limiti compatibili con criteri di funzionalità.

La dimensione strutturale e la dotazione organica complessiva dei reparti di nefrologia devono quindi essere rapportate allo svolgimento dei seguenti compiti:

programmazione del trattamento dialitico e addestramento dei pazienti destinati al trasferimento in presidi ad assistenza limitata o a livello domiciliare;

trattamento dialitico, assistito parzialmente o completamente dal personale medico e infermieristico, di pazienti ambulatoriali o ricoverati ad alto rischio (comprese le insufficienze renali acute che possono richiedere il trattamento in ambienti separati);

trattamento dialitico periodico, assistito o autonomo, di pazienti uremici cronici con infezioni contagiose (AU positivi), in ambienti di isolamento;

coordinamento e sorveglianza clinica sui presidi ad assistenza limitata situati nel territorio di competenza;

preparazione ed assistenza pre e post-operatoria dei pazienti da sottoporre o sottoposti a trapianto renale;

attività didattica e di aggiornamento del personale infermieristico destinato ai presidi ad assistenza limitata.

3. Gli indirizzi operativi per l'organizzazione delle attività di trapianto renale.

3.1. Il trapianto renale rappresenta la soluzione terapeutica elettiva della insufficienza renale cronica in quanto sostituisce fisiologicamente la funzione dell'organo mancante ed evita quindi le alterazioni uremiche sistemiche (anemia, osteodistrofia, neuropatia, ecc.) che invece persistono e, talora, peggiorano durante il trattamento emodialitico.

Se si considera che circa il 40 % dei pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico necessita di trapianto, il numero degli interventi eseguiti in Italia a tutto il 1979 (1.016 su una popolazione uremica di oltre 11.000 persone) è di per sé indicativo dei ritardi che ancora si registrano in questo settore. Una tale situazione induce i pazienti del nostro Paese a rivolgersi a strutture sanitarie estere, con oneri finanziari gravosi sia per il singolo che per la collettività.

Il quadro normativo delineato dalla legge 2 dicembre 1975, n. 644 e dal suo regolamento di esecuzione, decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409, consente di superare le difficoltà derivanti dagli aspetti giuridici connessi al prelievo di organi da cadavere, eliminando una delle maggiori cause che hanno ostacolato lo sviluppo delle attività di trapianto.

3.2. In Emilia-Romagna, pur essendosi intensificata negli ultimi 3 anni, l'attuale attività di trapianto è insufficiente a rispondere anche alle sole esigenze regionali calcolate, per il prossimo triennio, in una media di 150 interventi per anno.

Il lavoro sinora svolto e i risultati ottenuti costituiscono, comunque, una valida base su cui impostare un programma di sviluppo e di organizzazione del trapianto renale nella regione e consentono di prevedere la realizzazione, nell'arco di tempo di validità del piano sanitario regionale, dei seguenti obiettivi:

incremento del numero degli interventi di trapianto in misura tendente a soddisfare la domanda regionale;

anagrafe dei soggetti in attesa di trapianto residenti nella Regione e dei dati clinici ed immunologici ad essi pertinenti;

organizzazione delle funzioni attribuite al Centro regionale di riferimento previsto dall'art. 13 della legge 2 dicembre 1975, n. 644.

3.3. Tra le attività di trapianto d'organo da cadavere quella del trapianto renale è sicuramente la più complessa dal punto di vista gestionale e richiede l'interazione di numerose competenze e servizi. Il presente programma si limita perciò a definire, per ciascuno degli obiettivi indicati, le linee di intervento e gli indirizzi organizzativi; le modalità operative per l'attuazione del programma e gli standards ottimali dei presidi e dei servizi ospedalieri che partecipano all'attività del trapianto, saranno invece individuati con successive direttive della giunta regionale che si avvarrà di una apposita commissione di studio.

3.4. Presupposto indispensabile per incrementare il numero degli interventi di trapianto è quello di favorire ed agevolare la donazione degli organi sia promuovendo iniziative per sensibilizzare l'opinione pubblica, sia organizzando sul territorio regionale l'attività di prelievo.

Attualmente il prelievo di reni è effettuato solo presso il presidio ospedaliero dell'U.S.L. n. 29 che, attraverso un adeguato potenziamento di strutture e di personale dei servizi competenti, potrebbe essere messo in grado di fornire più di 100 reni all'anno.

Questa potenzialità, indubbiamente rilevante, non assicura di per sé che un maggior numero di pazienti della Regione possa essere sottoposto a trapianto, in quanto i parametri clinici, immunologici e di compatibilità genetica che condizionano la scelta del soggetto più idoneo a ricevere il trapianto, limitano una tale previsione.

Maggiori prospettive potranno determinarsi, nell'immediato, con l'avvio della attività di prelievo di rene da cadavere nei presidi ospedalieri delle UU.SS.LL. numeri 2, 4 e 9; nel corso del triennio tale funzione potrà essere estesa anche ad altri presidi ospedalieri, anche in relazione alla concessione di nuove autorizzazioni ministeriali.

3.5. L'esperienza operativa acquisita in questi anni ha consentito di confermare la validità di una impostazione organizzativa del trapianto renale che vede l'attività chirurgica relativa, come pure quella delle altre équipes coinvolte, inserita nello ambito della normale attività dei servizi interessati.

Una tale impostazione comporta tuttavia l'esigenza di dimensionare l'attività di trapianto in rapporto alla effettiva possibilità di essere affrontata dai servizi senza provocare squilibri nella loro funzionalità.

Anche se il potenziamento delle strutture e degli organici consentirà di incrementare in misura notevole l'attuale attività svolta nel presidio ospedaliero dell'U.S.L. n. 28, l'obiettivo di effettuare, nel triennio, una media di 150 interventi per anno, non può prescindere dall'apporto del presidio ospedaliero dell'U.S.L. n. 4 dove esistono le strutture e le competenze professionali che possono e debbono essere sollecitamente attivate per l'esecuzione di trapianti renali.

3.6. L'elenco (o lista di attesa) dei soggetti in attesa di trapianto renale, con l'indicazione dei dati clinici ed immunologici ad essi pertinenti, permette, in caso di disponibilità dell'organo, una tempestiva individuazione dei soggetti più idonei al trapianto e, tra questi, del miglior ricevente.

L'utilizzazione ai fini del trapianto renale di tutti gli organi che si rendono disponibili è quindi legata ad un costante e aggiornato monitoraggio dei soggetti candidati al trapianto e alla possibilità di estendere la ricerca del ricevente tra tutti i pazienti inclusi nelle liste di attesa che fanno capo alle diverse sedi di trapianto che operano sul territorio nazionale.

L'anagrafe regionale dei soggetti in attesa di trapianto e la loro inclusione in una unica lista consente a tutti i candidati al trapianto della Regione di partecipare, in uguale misura alle possibilità di trapianto che possono verificarsi in ambito regionale e, tramite il coordinamento con i centri di riferimento delle altre regioni, in ambito nazionale.

La lista unica comporta, inoltre, che l'idoneità dei candidati al trapianto venga definita in base a protocolli clinici, laboratoristici ed immunologici univoci e concordati fra le varie strutture nefrologiche della Regione, in relazione anche ai criteri adottati dalle strutture di trapianto delle altre regioni.

L'impianto e l'aggiornamento dell'anagrafe dei soggetti in attesa di trapianto dovranno essere curati dal servizio ospedaliero della U.S.L. n. 28 in stretto collegamento con quello dell'U.S.L. n. 4.

3.7. Tra le funzioni attribuite al centro regionale di riferimento dall'art. 12 del decreto del Presidente della Repubblica n. 409 del 16 giugno 1977, sono comprese anche quelle previste dalla legge regionale 1° settembre 1976, n. 40, per il centro regionale di immunologia tissutale. La semplificazione delle metodiche laboratoristiche e la sperimentata validità dei presidi dove attualmente, nel territorio regionale, vengono svolte le attività di tipizzazione tissutale, sconsigliano tuttavia una centralizzazione di tale funzione in un unica sede regionale. Si dovranno quindi individuare le forme di coordinamento tra i presidi regionali dell'U.S.L. numeri 4, 28 e 31 dove attualmente si svolge l'attività di tipizzazione tissutale finalizzata ai trapianti d'organo.

Tutte le altre funzioni richiedono invece un momento unificato di gestione che sarà assicurato dal servizio ospedaliero dell'U.S.L. n. 28.

4. IL FINANZIAMENTO.

Il finanziamento del presente programma speciale è compreso nella spesa corrente a destinazione vincolata ed ammonta a L. 2.000 milioni per l'anno 1981, a L. 1.500 milioni per l'anno 1982 e a L. 1.500 milioni per l'anno 1983.

ALLEGATO N. 7

Programma speciale

ORGANIZZAZIONE DELLA RACCOLTA, DELLA DISTRIBUZIONE E DELL'UTILIZZO DEL SANGUE UMANO

L'ASSISTENZA AGLI EMOFILICI E AGLI AFFETTI DA MALATTIE SIMIL-EMOFILICHE

1. IL QUADRO LEGISLATIVO.

La legge regionale 5 aprile 1977, n. 16: « Piano regionale per la raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano - Norme per il servizio di trasfusione degli ospedali - Deleghe », in attuazione della legge 14 luglio 1967, n. 592, ha regolamentato l'organizzazione e la gestione degli interventi nel settore disciplinando, fra l'altro, la partecipazione alla gestione dei servizi di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano, dipendenti dagli enti ospedalieri, delle associazioni aventi come attività istituzionale preminente la donazione volontaria del sangue. In questo disegno la legge regionale non si è tuttavia limitata alla semplice attuazione, in ambito regionale, delle norme nazionali, ma ha tenuto conto delle profonde modificazioni istituzionali intervenute nel decennio 1967-77, pur non potendo pervenire ancora ad una previsione di interventi organici e globali.

In conseguenza dell'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si pone l'esigenza di un intervento programmatico volto alla riorganizzazione della raccolta, della distribuzione e dell'utilizzo del sangue umano per un raccordo col nuovo assetto organizzativo ed istituzionale. Gli strumenti per la realizzazione di un tale intervento possono oggi essere individuati solo all'interno dei criteri e delle strutture previsti dalla legislazione vigente Nel corso del triennio la struttura organizzativa dei servizi trasfusionali, così come indicato nell'allegato n. 10 della presente legge, potrà essere modificata sia in relazione alle verifiche annuali sull'attuazione del piano sanitario, sia soprattutto in relazione alla revisione in corso delle norme nazionali che regolano la materia ed al conseguente adeguamento di quelle regionali.

La partecipazione attiva delle associazioni dei donatori trova un riferimento specifico nell'art. 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che riconosce la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

2. GLI OBIETTIVI E GLI STRUMENTI.

Costituiscono obiettivi da perseguire nel periodo di validità del piano:

a) l'utilizzazione razionale del sangue umano;

b) l'adeguamento tecnico-organizzativo dei servizi trasfusionali;

c) l'incremento del numero dei donatori di sangue;

d) il potenziamento delle attività didattico-scientifiche nel campo della immunoematologia e metodologia trasfusionale;

e) il controllo statistico ed economico dell'attività trasfusionale.

2.1. Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui alla precedente lettera *a)* sono:

l'effettuazione della tipizzazione dei donatori in via ordinaria per i sistemi ABO, Rh, Kell e, per il maggior numero possibile di soggetti di gruppo 0, anche per tutti gli altri antigeni di importanza trasfusionale;

un organizzazione mirata della raccolta del sangue, tale da consentire, all'occorrenza, una individuazione tempestiva e selettiva dei donatori;

l'immediato utilizzo, per almeno il 50 % della raccolta, di contenitori che consentano la preparazione di emocomponenti in sistema chiuso (sacche di plastica multiple), fino a completa esclusione dei contenitori in vetro nell'arco del triennio;

l'attuazione della plasmaferesi esclusivamente in relazione alla necessità di soddisfare le esigenze di plasma della Regione e della citoforesi in relazione alle necessità terapeutiche emergenti nelle singole sedi di utilizzo;

la dotazione di una strumentazione atta a consentire la preparazione e l'impiego degli emocomponenti entro limiti di tempo ottimali e la conservazione di quelli ad utilizzazione differita;

l'organizzazione di efficienti servizi di collegamento per il trasferimento delle unità raccolte e per la distribuzione di quelle in assegnazione, tale da non compromettere la validità terapeutica dei preparati in allestimento o già allestiti;

l'aggiornamento permanente del personale sanitario per la migliore utilizzazione terapeutica degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche, limitando l'uso del sangue intero alle sue esclusive indicazioni;

l'introduzione di una sistematica documentazione di carattere clinico-analitico nelle modalità di richiesta di prestazioni trasfusionali.

2.2. Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui alla precedente lettera *b)* sono:

il centro regionale per il servizio trasfusionale;

i servizi trasfusionali, con sedi ed ambiti di riferimento indicati nell'allegato n. 10 e caratteristiche operative, tecniche e gestionali definite dalla legislazione vigente e dagli indirizzi operativi di cui al successivo punto 3;

i centri di raccolta con sedi stabilite ai sensi dell'art. 19 della legge regionale 5 aprile 1977, n. 16 e con caratteristiche operative, tecniche e gestionali definite dalla legislazione vigente;

le emoteche per la conservazione del sangue già assegnato e da assegnarsi in condizioni di emergenza con sedi presso i presidi ospedalieri e la cui gestione è affidata al responsabile del servizio ospedaliero previsto dalla legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, che opera in conformità alle direttive del servizio trasfusionale territorialmente competente.

In ordine alla tipologia strutturale, i servizi trasfusionali devono disporre di una superficie non inferiore a 300 m² fino a 10.000 unità distribuite e di ulteriori 100 m² per ogni 5.000 unità in più, con esclusione degli ambienti necessari alla attività di raccolta; i centri di raccolta devono disporre di una superficie non inferiore a 100 m², mentre per le emoteche è sufficiente la disponibilità di un unico apposito locale.

Per quanto riguarda l'organico, i servizi trasfusionali devono essere dotati, per un numero di unità erogate non inferiore a 15.000 annue, di un organico indicativamente composto da quattro medici, di cui uno con funzioni di direttore. Si ritiene ottimale il rapporto di uno a quattro fra personale medico e non medico. Qualora il servizio trasfusionale sia anche sede di centro di raccolta, deve prevedersi un adeguato potenziamento qualitativo e quantitativo dell'organico.

I centri di raccolta sono dotati di un organico indicativamente composto da un assistente medico e da tre tecnici ovvero, in luogo di questi ultimi, da un tecnico e due infermieri professionali.

Occorre tenere presente l'opportunità che i servizi trasfusionali si orientino all'attuazione della « trasfusione mirata », con la conseguente necessità di un aggiornamento delle tecnologie di prelievo, di preparazione dei componenti ematici, di conservazione e di erogazione delle unità trasfusionali prodotte.

I servizi trasfusionali devono tendere a rendersi autonomi per quanto riguarda la disponibilità in frazioni plasmatiche; gli indirizzi operativi per il conseguimento di questo fine sono indicati al successivo punto 3.

2.3. Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui alla precedente lettera *c)* sono:

la promozione da parte della Regione e delle unità sanitarie locali, in relazione alle rispettive competenze, in collaborazione con le associazioni dei donatori, di una sistematica propaganda per incentivare la donazione di sangue, avvalendosi di tutti gli idonei mezzi di informazione;

la promozione e l'incremento dei prelievi di sangue nonché l'organizzazione della raccolta, anche in collaborazione con le associazioni donatori, volta ad unificare i criteri di idoneità, del donatore e a verificare le condizioni generali di salute;

il riconoscimento alle associazioni dei donatori del compito di organizzare, con personale e attrezzature proprie e preferibilmente presso i centri di raccolta e i servizi trasfusionali, la « chiamata » dei donatori, promuovendo le iniziative atte a facilitare e potenziare la stessa;

l'istituzione di un sistema di rilevazione dei donatori « tipizzati » secondo i criteri di cui al precedente punto 2.1.

2.4. Gli obiettivi di cui alla precedente lettera *d)* si realizzano sia attraverso l'organizzazione di corsi di istruzione per i medici esterni che collaborano con i servizi trasfusionali, sia attraverso la promozione e la realizzazione di iniziative per l'aggiornamento obbligatorio degli operatori sanitari e dei tecnici dei servizi trasfusionali.

2.5. Il perseguimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera *e)* si realizza attraverso:

a) l'attivazione di una sistematica indagine statica annuale sul funzionamento e la produttività dei servizi trasfusionali nell'ambito delle previsioni nazionali e regionali in materia. La rilevazione deve in ogni caso comprendere, in conformità a modelli-tipo che saranno predisposti a livello regionale, dati relativi:

al numero dei donatori attivi, suddiviso per associazioni;

al numero delle unità di sangue o dei suoi componenti raccolte;

al numero e al tipo degli emocomponenti prodotti;

al numero, al tipo delle unità trasfusionali e alla quantità di frazioni plasmatiche consumate, nonché ai presidi presso i quali vengono impiegati;

all'attività laboratoristica, con particolare riguardo: alle ricerche strettamente correlate con la trasfusione di sangue; alle ricerche immunoematologiche per degenti e ambulanti; alle indagini dipendenti da altre attività correlate al funzionamento di ogni singolo servizio trasfusionale;

all'attività clinica riguardante gli interventi di cui sopra;

b) la rilevazione da parte delle unità sanitarie locali sedi di servizi trasfusionali dei costi annuali di gestione e di funzionamento.

3. GLI INDIRIZZI OPERATIVI.

3.1. *La raccolta.*

Il coordinamento operativo dei servizi con le associazioni dei donatori va considerato fattore di prioritario rilievo.

Si sottolinea in proposito il fondamentale ruolo umanitario e sociale svolto dalle associazioni di donatori, cui va il merito di avere creato e sviluppato una disponibilità al dono del sangue che trova ben pochi riscontri nel territorio nazionale.

Ai fini di una maggiore valorizzazione del ruolo delle associazioni occorre quindi completare la costituzione dei comitati paritetici di cogestione di cui all'art. 2 della legge regionale 5 aprile 1977, n. 16, onde assicurare la più ampia partecipazione dei donatori volontari di sangue a tutte le fasi della programmazione dell'attività dei servizi trasfusionali.

La raccolta, da organizzare territorialmente in relazione alle aree di riferimento delle diverse strutture preposte alla stessa, è coordinata dal servizio trasfusionale competente per territorio che, sentito il parere del comitato di cogestione, emana direttive in ordine alle modalità e ai criteri con cui eseguirla.

La raccolta può essere effettuata sia in idonee sedi gestite dalle unità sanitarie locali o direttamente dalle associazioni di volontariato con proprio personale, sia mediante il ricorso ed autoemoteche il cui impiego è riconosciuto utile per raggiungere donatori residenti in zone disagiate a fini di propaganda.

Il materiale occorrente per la raccolta è fornito direttamente dal servizio trasfusionale competente per territorio.

Per quanto riguarda l'adeguato utilizzo delle frazioni plasmatiche, occorre avviare:

l'organizzazione della raccolta del plasma fresco e congelato nei servizi trasfusionali e del suo trasferimento alle sedi di frazionamento, all'uopo individuate;

l'acquisizione delle frazioni plasmatiche dal centro produttore e la ridistribuzione delle stesse ai servizi trasfusionali;

la stipulazione di convenzioni interregionali per la cessione di globuli rossi concentrati.

In casi particolari i servizi trasfusionali possono avvalersi, per la raccolta, di medici operanti nelle strutture sanitarie pubbliche e, all'occorrenza, di medici esterni convenzionati.

3.2. *Il controllo e la conservazione.*

I servizi trasfusionali eseguono i controlli di legge sulle unità trasfusionali raccolte nelle diverse sedi, accertandone l'idoneità all'impiego e possono affidare ai laboratori d'analisi chimico-cliniche e microbiologiche dei presidi ospedalieri dove sono collocati, i controlli analitici delle unità trasfusionali raccolte, con esclusione di quelli immunoematologici.

Presso i servizi trasfusionali si distinguono tre tipi di unità trasfusionali in giacenza:

tipo *A)* - U.T. in attesa di controllo: non utilizzabili;

tipo *B)* - U.T. controllate, ma non assegnate;

tipo *C)* - U.T. controllate e assegnate: giudizio di compatibilità formulato per uno o più pazienti.

I centri di raccolta, non svolgendo alcuna attività distributiva, non dispongono di alcuna giacenza.

Le emoteche dispongono unicamente delle U.T. del tipo *C)* e di un numero limitato del tipo *B)* da utilizzarsi unicamente in condizioni di emergenza.

Il numero e la qualità delle unità del tipo *B)* sono preventivamente da concordarsi con le singole sedi di utilizzo in ragione degli specifici consumi.

Le unità di tipo *B)* e quelle di tipo *C)* non utilizzate, possono essere rispettivamente assegnate o riassegnate in via ordinaria, previa esecuzione delle prove di compatibilità da effettuarsi a cura del servizio trasfusionale di competenza. Le unità non utilizzate devono comunque essere restituite al servizio trasfusionale entro il 16° giorno di conservazione.

3.3. *La distribuzione e l'assegnazione.*

Sono sedi di normale utilizzo del sangue, degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche i presidi ospedalieri della Regione.

Ogni presidio ospedaliero è dotato di emoteca, quando non sia sede di struttura trasfusionale di più alta potenzialità.

Il servizio trasfusionale competente per territorio dirige e coordina l'attività di distribuzione e di assegnazione del sangue, degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche, emanando le relative disposizioni.

L'assegnazione « emergente » è eseguita in tutte le sedi di utilizzo sulla base delle direttive emanate dal servizio trasfusionale competente per territorio e in conformità alle vigenti disposizioni in materia.

I servizi trasfusionali provvedono alla separazione del sangue raccolto producendo emocomponenti (plasma, crioprecipitati di fattore VIII, concentrati di emazie, di piastrine, di leucociti, ecc.) in quantità e secondo le componenti richieste dalla domanda d'utenza.

E' compito dei servizi trasfusionali promuovere la qualificazione della terapia trasfusionale orientando l'utenza alla « trasfusione mirata »; i suddetti servizi devono altresì rapportarsi al centro regionale di cui al successivo punto 3.4.

3.4. *Il centro regionale per il servizio trasfusionale.*

Il centro regionale per il servizio trasfusionale di cui all'art. 20 della legge regionale 5 aprile 1977, n. 16, è istituito nell'unità sanitaria locale n. 27, Bologna ovest. Le linee operative del centro sono definite col concorso del comitato regionale per il sangue di cui all'art. 6 della citata legge regionale n. 16.

Il centro regionale per il servizio trasfusionale, in particolare, provvede:

a) al riequilibrio delle disponibilità di sangue e di emocomponenti fra i servizi trasfusionali della Regione;

b) all'organizzazione della raccolta dai servizi trasfusionali del plasma da inviare a frazionamento e della ridistribuzione delle frazioni plasmatiche ottenute;

c) alla separazione delle unità giacenti che debbono essere destinate ad altre sedi come emocomponenti;

d) alla cessione ad altre regioni di sangue, emocomponenti e frazioni plasmatiche eccedenti le necessità dell'Emilia-Romagna, sulla base di specifiche direttive emanate dalla giunta regionale;

e) alla gestione di un magazzino di presidi trasfusionali per situazioni di emergenza o per occasionali ed urgenti necessità dei diversi servizi;

f) all'organizzazione dell'integrazione di funzioni da assegnare ad alcuni servizi trasfusionali con riferimento ad ambiti territoriali più ampi di quelli serviti;

g) alla istituzione e alla gestione di un sistema di rilevazione regionale dei donatori « completamente tipizzati »;

h) alla raccolta e all'elaborazione statistica dei dati inerenti l'attività trasfusionale regionale, secondo criteri, indirizzi e norme indicati dalla giunta regionale;

i) alla produzione di sieri emodiagnostici da destinare ai servizi trasfusionali della Regione;

l) al coordinamento delle iniziative didattiche e di aggiornamento promosse dalle strutture pubbliche e dalle associazioni operanti nel settore;

m) all'attività di raccolta del sangue in centri fissi o mobili con riferimento ad ambiti territoriali da definirsi in accordo con gli altri centri di raccolta della provincia di Bologna.

L'organico del centro regionale per il servizio trasfusionale è indicativamente composto da tre medici, di cui uno con funzioni di direttore, tre biologi, un chimico ed è integrato da un numero di assistenti medici e di operatori non medici determinato in relazione alle dimensioni dell'attività di raccolta e delle sue caratteristiche organizzative.

Il centro regionale deve disporre delle seguenti attrezzature:

una camera frigorifera a + 4°C di dimensioni non inferiori a cm 300 × 350 × 250;

una camera frigorifera a —30°C di dimensioni non inferiori a cm 140 × 250 × 200;

due emoteche di grande capienza;

due congelatori a —30°C di grande capienza;

quattro centrifughe refrigerate a + 4°C con rotore a 6 posti;

un memorizzatore elettronico.

La piena attivazione del centro regionale per il servizio trasfusionale deve avvenire con gradualità nel periodo di validità del piano, con priorità per le funzioni indicate alle lettere *a*), *b*), *c*), *d*), *e*) e *h*), in relazione al corrispondente potenziamento dei servizi trasfusionali delle unità sanitarie locali numeri 27 e 28 di Bologna destinati ad assorbire l'attività di « assegnazione » attualmente svolta dal centro.

4. Il finanziamento.

Il finanziamento del presente programma speciale è assicurato attraverso i fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata ed ammonta a lire 1.500 milioni per l'anno 1981, a lire 750 milioni per l'anno 1982 e a lire 750 milioni per l'anno 1983.

Assistenza agli emofilici e agli affetti da malattie simil-emofiliche

L'assistenza agli emofilici e agli affetti da malattie simil-emofiliche pone particolari problemi in ordine alla ricerca e all'individuazione dei portatori sani per l'emofilia e le sindromi simil-emofiliche, all'organizzazione degli interventi in ambito ospedaliero e al collegamento delle attività sanitarie con quelle da svolgersi a livello scolastico e lavorativo.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli emofilici è orientata a favorire l'inserimento sociale dei malati principalmente mediante il decentramento dell'assistenza e la deospedalizzazione.

L'assistenza sanitaria agli emofilici viene erogata attraverso presidi e servizi individuati dalle unità sanitarie locali e consiste in interventi a livello domiciliare, ambulatoriale ed in condizione di ricovero.

Per l'organizzazione degli interventi domiciliari si fa riferimento alle norme della legge regionale 20 aprile 1977, n. 17, in particolare per quanto concerne l'istituzione di corsi di addestramento per l'autoinfusione o l'infusione praticata dal paziente, o da un suo assistente, senza l'apporto di personale sanitario.

A livello ambulatoriale e di day-hospital vengono, di norma, assicurati dai servizi trasfusionali e con il concorso dei presidi e servizi interessati, i seguenti interventi:

visite, indagini bio-umorali e strumentali atte a diagnosticare ed a seguire l'evoluzione della malattia e delle sue complicanze; le ricerche dirette più specificamente allo studio degli « inibitori », dell'artropatia e della epatite, devono essere effettuate di regola semestralmente;

somministrazione endovenosa di emoderivati specifici;

ricerca dello stato di portatrice per la emofilia e di portatore o di portatrice per la malattia di Von Willebrand's, da effettuarsi tra gli ascendenti e i collaterali.

I servizi trasfusionali e gli altri presidi e servizi interessati operano al fine di garantire la globalità e continuità del trattamento, ricercando la collaborazione con i medici di base.

I trattamenti in regime di ricovero, quando le condizioni cliniche del malato non sono compatibili con l'assistenza ambulatoriale, avvengono di norma nei reparti ospedalieri di medicina e di pediatria e, laddove previsti, presso i reparti di angiologia e di ematologia; tali reparti operano in stretto collegamento con il servizio trasfusionale.

Le prestazioni nei casi di emergenza emorragica da emofilia sono erogate dai dipartimenti di emergenza delle unità sanitarie locali in collaborazione con i presidi ospedalieri sede di servizi trasfusionali.

Per la realizzazione di eventuali programmi regionali di intervento e per la soluzione dei problemi diagnostici e terapeutici più complessi, dovranno essere individuate specifiche sedi a cui affidare il coordinamento tecnico degli interventi nel settore.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente progetto è inoltre necessario:

promuovere adeguate iniziative nel campo dell'educazione sanitaria;

attivare e gestire un sistema di rilevazione regionale degli emofilici;

promuovere corsi di aggiornamento per operatori sanitari medici e non e per il personale di assistenza sociale.

Allegato N. 8

Programma speciale

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' CARDIOCHIRURGICHE

1. La situazione regionale.

Il presente programma speciale contiene le indicazioni programmatiche per realizzare, nel corso del triennio di validità del piano sanitario regionale, la riorganizzazione dell'attività cardiochirurgica sul territorio regionale, con particolare riguardo al potenziamento quantitativo e qualitativo degli attuali presidi ospedalieri e al coordinamento delle attività cardiochirurgiche con le funzioni sanitarie — ospedaliere e ambulatoriali — ad esse più strettamente correlate.

Nella Regione sono attualmente in attività due reparti cardiochirurgici nelle unità sanitarie locali n. 4 di Parma « Bassa est », e n. 28 di Bologna nord, rispettivamente presso gli Ospedali riuniti di Parma e presso il Policlinico S. Orsola di Bologna.

La percentuale di utilizzo dei due reparti da parte di pazienti provenienti da altre regioni è stata, per Parma, nel 1978, del 29,4% e, nel 1979, del 30% circa; per Bologna, nel 1978, del 26% e nel 1979, del 24%.

D'altra parte sono stati circa 600 nel biennio 1978-79, i cittadini residenti in Emilia-Romagna che si sono recati in altre regioni e all'estero per prestazioni di tipo cardiochirurgico.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, il reparto di Bologna non presenta particolari problemi, mentre gravissima è la situazione che si è determinata a Parma a seguito del disastro del 13 novembre 1979.

2. Gli obiettivi.

La situazione epidemiologica dalla quale emerge l'incidenza nella Regione della patologia cardiaca di interesse cardiochirurgico è sintetizzata nella tabella 1 allegata al presente programma.

Su questa base, e tenendo conto delle indicazioni contenute nell'elaborato della commissione di studio per la cardiochirurgia in Italia, istituita con decreto ministeriale 28 novembre 1977, l'obiettivo è quello di un complessivo potenziamento, sul piano quantitativo e qualitativo, delle attività cardiochirurgiche in Emilia-Romagna.

In particolare dovrà essere possibile raggiungere, entro il 1983, il numero di 800-900 interventi cardiochirurgici effettuati attraverso circolazione extra-corporea e pervenire all'effettuazione di almeno 2.000 procedure diagnostiche emodinamiche, delle quali 1.600 potranno essere effettuate presso i presidi di Parma e Bologna.

I suddetti obiettivi sono definiti con riferimento alla attuale situazione regionale e alla necessità di prevedere processi graduali di adeguamento delle attività, con una proiezione temporale che vada oltre il periodo di validità del presente piano.

3. Il modello organizzativo.

Il modello organizzativo dell'attività cardiochirurgica è riportato nella tabella 2 allegata al presente programma.

Occorre precisare, in proposito, che il riferimento ad « altri presidi specialistici ambulatoriali » è da intendersi in particolare rivolto ai presidi radiodiagnostici e laboratoristici, alle attività specialistiche odontostomatologiche, alla fisiopatologia respiratoria e alla attività emotrasfusionale.

Il riferimento ad « altri presidi e servizi ospedalieri » riguarda inoltre tutte quelle attività ospedaliere che possono concorrere alla precisazione della diagnosi, all'adeguata predisposizione per l'intervento chirurgico e all'assistenza post-operatoria e, tra queste ultime, le attività anestesiologiche e di rianimazione.

E' necessario infine precisare che l'efficacia delle prestazioni, nell'ambito del modello prefigurato, può essere raggiunta solo se si determina un'effettiva collaborazione tra i diversi presidi e specialisti interessati ;e se soprattutto vengono assicurati i collegamenti previsti in sede di controlli (follow-up).

4. GLI STRUMENTI OPERATIVI.

La dotazione standard ottimale delle attrezzature tecnico-sanitarie per il funzionamento della sala operatoria, delle attività di terapia intensiva post-operatoria, per gli accertamenti diagnostici emodinamici e per il laboratorio di chirurgia sperimentale è riportata nel prospetto *A* allegato al presente programma. Nel prospetto è altresì contenuta la previsione di un adeguamento delle attrezzature tecnico-sanitarie del reparto di cardiologia, con particolare riguardo alle esigenze derivate dalle degenze pediatriche con indicazione per intervento cardiochirurgico (1).

Per quanto riguarda la dotazione ottimale di personale per la complessiva organizzazione delle attività cardiochirurgiche, comprese le attività cardiologiche connesse, non esistono indicazioni normative specifiche: le norme in vigore si riferiscono infatti alla sola dotazione ottimale di personale per i reparti di rianimazione e terapia intensiva.

Le indicazioni riportate nel prospetto *B* allegato al presente programma si intendono di larga massima e fanno riferimento a standards applicati in altri paesi europei.

5. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI.

La formazione e il costante aggiornamento tecnico-professionale del personale rappresenta una condizione fondamentale per la qualificazione delle prestazioni nel settore.

All'aggiornamento del personale dovranno concorrere iniziative volte ad assicurare la possibilità di permanenza presso centri cardiologici/cardiochirurgici esteri di operatori del settore.

E' altresì opportuno promuovere iniziative che garantiscano ad autorevoli cardiologi e/o cardiochirurghi stranieri la possibilità di effettuare interventi presso presidi regionali, anche allo scopo di favorire il necessario scambio di esperienze e l'apporto di importanti consulenze a livello tecnico-organizzativo.

6. IL FINANZIAMENTO.

Il finanziamento del programma speciale è assicurato attraverso i fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata, pari a L. 1.500 milioni per l'anno 1981, a L. 1.000 milioni per l'anno 1982 ed a L. 500 milioni per l'anno 1983, nonchè attraverso i fondi stanziati dalla legge 31 marzo 1980, n. 132 per la ricostruzione delle strutture ospedaliere di Parma.

Tabella 1

PATOLOGIA CARDIACA DI INTERESSE CARDIOCHIRURGICO IN EMILIA-ROMAGNA

(*Omissis*).

Tabella 2

SCHEMA ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITÀ CARDIOCHIRURGICHE

(*Omissis*).

Prospetto A

(*Omissis*).

Prospetto B

(*Omissis*).

ALLEGATO N. 9

Programma speciale

ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITA' ORTOPEDICHE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE E DEI RELATIVI PROGRAMMI DI RICERCA FINALIZZATA.

1. LA SITUAZIONE REGIONALE.

Il riequilibrio e la miglior utilizzazione dei presidi ambulatoriali e di ricovero per lo svolgimento delle attività ortopedico-traumatologico nelle unità sanitarie locali della Regione, e in quelle dell'area metropolitana bolognese in particolare, rappresentano la condizione necessaria per programmare la riorganizzazione e la ulteriore qualificazione delle attività ortopediche ad alta specializzazione.

(1) La previsione di adeguamento con riferimento alle degenze pediatriche non esclude il coordinato utilizzo di posti letto pediatrici dei reparti di pediatria che, anzi, si rende necessario soprattutto per limitare la degenza nei reparti specialistici (cardiologia, cardiochirurgica) soltanto al periodo immediatamente precedente agli accertamenti diagnostici emodinamici e al periodo successivo alla degenza in terapia intensiva post-operatoria.

Nel campo dell'ortopedia di alta specializzazione la situazione regionale è caratterizzata:

dalla presenza di un ospedale ortopedico specializzato, l'istituto Rizzoli, con caratteristiche di alta qualificazione assistenziale e con rilevante potenzialità nel campo della ricerca biomedica finalizzata;

da un flusso di utenza nazionale verso l'istituto Rizzoli.

Il carattere nazionale del bacino di utenza dell'istituto Rizzoli è dovuto, da un lato, allo squilibrato sviluppo nel territorio nazionale di reparti ortopedici di alta specializzazione che inducono ad una « immigrazione sanitaria » che comporta, prima che sul piano economico, rilevanti conseguenze sul piano umano e sociale; dall'altro alla rarità e alla complessità di alcune patologie, per le quali l'affluenza in strutture ad alta specializzazione risulta tecnicamente giustificata.

Pur spettando in primo luogo alla programmazione sanitaria nazionale assicurare l'adeguato equilibrio territoriale delle strutture specialistiche di questo tipo, la programmazione regionale può contribuire al riequilibrio attraverso l'adeguamento e il potenziamento di quelle attività che, in considerazione della rarità e complessità della patologia, giustificano un'utenza di tipo nazionale e attraverso la valorizzazione del ruolo dell'istituto Rizzoli come sede di formazione e di perfezionamento di operatori ortopedici.

2. GLI OBIETTIVI.

Il presente programma si pone obiettivi di organizzazione e qualificazione di particolari attività ortopediche ad alta specializzazione e di ricerca finalizzata nei corrispondenti settori di intervento.

Le attività ortopediche ad alta specializzazione riguardano:

il trattamento dei tumori ossei;

la chirurgia delle deformità del rachide e i relativi trattamenti riabilitativi;

la chirurgia della mano e i relativi trattamenti riabilitativi.

Gli obiettivi nel campo della ricerca finalizzata riguardano invece lo studio delle compatibilità biologiche dei materiali d'impianto e le ricerche istopatologiche, immunologiche, di terapie combinate nel campo dei tumori ossei.

Per il perseguimento del complesso degli obiettivi appena indicati, appare in primo luogo necessario favorire la più completa formazione professionale degli operatori, ricomprendendo nella loro attività lo studio e la ricerca, anche attraverso adeguate modalità organizzative che consentano la rotazione tra le varie esperienze cliniche e di ricerca. In questo quadro appare indispensabile prevedere per il personale impiegato nei servizi e presidi che concorrono all'attuazione del presente programma speciale il rapporto di lavoro a tempo pieno.

3. IL TRATTAMENTO DEI TUMORI OSSEI.

La incidenza epidemiologica dei tumori dell'apparato locomotore non è elevata: i nuovi casi di tumori maligni di interesse esclusivamente ortopedico sono intorno a 3.000 all'anno nell'intera popolazione italiana. Una particolarità di questa patologia è data dal fatto che il 70% circa di tumori ossei colpiscono individui in età inferiore ai 30 anni e risultano o letali in età giovanile o altamente invalidanti.

Nel corso dal 1979 sono stati oltre mille i ricoveri per tumori dell'apparato locomotore presso l'istituto Rizzoli; di questi solo poco più di un quarto hanno riguardato cittadini residenti in Emilia-Romagna. L'istituto Rizzoli, oltre ad una pluriennale esperienza terapeutica nel campo dei tumori ossei, è dotato di un centro tumori che raccoglie migliaia di reperti istopatologici, radiografici e fotografici e micrografici e su questa base mantiene e aggiorna i dati a consultazione rapida su tutti i casi di tumori ossei sin dal 1955. Il centro svolge consulenza istopatologica e diagnostica per altri ospedali regionali ed extra-regionali.

Gli obiettivi del programma speciale in questo campo sono:

assicurare ai pazienti affetti da tumori dell'apparato locomotore una assistenza immediata, omogenea e conforme agli indirizzi scientifici più moderni;

formare una équipe interdisciplinare ad alta specializzazione, responsabilizzando i singoli operatori dell'équipe e stimolandoli all'aggiornamento scientifico e alla ricerca;

collegare le strutture dell'istituto Rizzoli con altri presidi sanitari regionali ed extra-regionali e con Istituti di ricerca, anche allo scopo di accrescere le possibilità di prevenzione e migliorare l'assistenza;

incrementare l'attività di studio e di informazione sociale ai fini della diagnosi ultraprecoce, della prevenzione e di aggiornamento per gli studenti, i medici, gli specialisti ed il personale non medico.

Per il perseguimento degli obiettivi sopraindicati, è necessario prevedere l'organizzazione in forma dipartimentale di molteplici funzioni e, tra queste anche di funzioni svolte in ambito universitario. In particolare, nell'U.S.L. n. 29 « Bologna est » deve essere previsto un utilizzo coordinato:

di funzioni ortopediche (ospedaliere e universitarie), integrate con competenze di medicina generale;

di funzioni di diagnostica radiologica, anatomopatologica ed oncologica;

di funzioni di recupero e rieducazione funzionale.

4. LA CHIRURGIA DELLE DEFORMITÀ DEL RACHIDE E I RELATIVI TRATTAMENTI RIABILITATIVI.

Premesso che gli obiettivi di diagnosi precoce e di prevenzione delle deformità nell'età evolutiva sono indicati nel progetto-obiettivo « Tutela della procreazione libera e responsabile e della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva », l'obiettivo che ci si propone in questo settore è quello di un complessivo potenziamento e perfezionamento delle attività di alta specializzazione ortopedica nel campo della chirurgia e della riabilitazione delle deformità del rachide.

Nel 1979, i ricoverati presso l'istituto Rizzoli per questo tipo di patologia sono stati quasi 1.300, tre quarti dei quali residenti in altre regioni.

Gli obiettivi specifici da realizzarsi nel corso del triennio 1981-83 sono:

un'assistenza pronta, omogenea nei trattamenti terapeutici e conforme agli indirizzi scientifici più moderni;

la formazione di una équipe polispecialistica ad alta specializzazione che impegni nella stessa misura, seppure con compiti diversi, chirurghi, ortopedici, anestesisti-rianimatori, internisti, fisiatri, chirurghi toracici, pneumologi, infermieri professionali, tecnici della riabilitazione e tecnici ortopedici protesisti;

lo studio dell'incidenza epidemiologica e delle caratteristiche di evoluzione delle deformità del rachide anche in collegamento con i consultori pediatrici e con le attività di medicina scolastica.

Per il perseguimento dei suddetti obiettivi è necessario prevedere l'organizzazione in forma dipartimentale di molteplici funzioni e, tra queste, anche di funzioni svolte in ambito universitario.

In particolare, nell'U.S.L. n. 29 « Bologna est » deve essere previsto un utilizzo coordinato:

di funzioni ortopediche (ospedaliere e universitarie);

di funzioni di diagnostica laboratoristica, con particolare riguardo ai problemi di ordine neuropatologico;

di funzioni di anestesia e rianimazione;

di funzioni neurologiche e neurochirurgiche;

di funzioni di recupero e rieducazione funzionale.

Specifici collegamenti funzionali debbono essere altresì stabiliti con le officine ortopediche Rizzoli, mentre, in considerazione dell'importanza delle integrazioni con competenze nel campo della fisiopatologia respiratoria, dovrà essere previsto il ricorso alle corrispondenti funzioni svolte in altre unità sanitarie locali dell'area metropolitana bolognese. Si segnala infine l'opportunità di prevedere, avendo come punto di riferimento il modello oragnizzativo sopra richiamato, un graduale potenziamento, da realizzarsi nel corso del triennio, delle attività chirurgiche e di riabilitazione delle deformità del rachide presso il presidio ospedaliero di Lugo nella U.S.L. n. 36.

5. LA CHIRURGIA DELLA MANO E I RELATIVI TRATTAMENTI RIABILITATIVI.

La chirurgia della mano presenta nella regione tre potenziali poli di sviluppo, uno a Modena, legato ad una specifica competenza di ambito universitario, e due a Bologna, dove sono presenti da un lato una pluriennale competenza sulla traumatologia della mano prevalentemente da traumi da lavoro (presso il centro ortopedico traumatologico), dall'altro una competenza sulla chirurgia delle malattie ortopediche della mano (presso l'istituto Rizzoli).

Dei 240 ricoveri effettuati presso i due presidi bolognesi nel corso del 1979 per questo tipo di patologia sono stati circa un terzo quello che hanno interessato cittadini residenti in altre regioni. Gli obiettivi da realizzarsi in questo campo nel corso del triennio sono:

l'integrazione e la qualificazione delle esperienze traumatologiche con quelle ortopediche, anche tenuto conto della necessità di collegamento con altre funzioni specialistiche di alta qualificazione;

il potenziamento dell'attività riabilitativa, avendo riguardo, nel caso di amputazioni, alla necessità di un miglioramento tecnologico delle protesi.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle funzioni sanitarie per il perseguimento dei suddetti obiettivi, occorre premettere che le indicazioni che vengono di seguito riportate sono da intendersi applicabili anche nell'U.S.L. n. 16 di Modena, relativamente agli orientamenti generali e alla forma organizzativa dipartimentale, comprensiva delle funzioni svolte in ambito universitario.

Nell'area metropolitana bolognese occorre prevedere la riunificazione, anche a livello logistico, delle competenze chirurgiche e di quelle ortopediche, avendo in ogni caso presente la necessità di un diretto collegamento con funzioni di emergenza e con altre funzioni specialistiche di alta qualificazione.

Pertanto, anche avvalendosi dell'esperienza e delle competenze professionali maturate nel settore presso l'istituto Rizzoli e presso il centro ortopedico traumatologico, si prevede di adeguatamente potenziare e qualificare l'attività ortopedico-traumatologica compresa tra le funzioni ospedaliere della U.S.L. n. 28 « Bologna nord ».

La divisione di ortopedia-traumatologia ubicata nell'U.S.L. n. 28 presso lo stabilimento ospedaliero « S. Orsola-Malpighi » dovrà quindi assicurare, oltre che le prestazioni ospedaliere di base, anche una attività di alta specializzazione per quanto attiene alla chirurgia della mano.

In questo quadro dovranno essere stabilite forme di integrazione funzionale con il dipartimento di emergenza, con le funzioni di neurologia, di chirurgia vascolare, di chirurgia plastica, di reumatologia e di recupero e rieducazione funzionale.

Si pone inoltre la necessità di un costante collegamento, per gli aspetti relativi all'attività protesica, con le officine ortopediche Rizzoli e con il centro INAIL di Vigorso (Bologna).

6 LO STUDIO DELLA COMPATIBILITÀ BIOLOGICA DEI MATERIALI DI IMPIANTO.

Premesso che si fa oggi largo uso in ortopedia, in chirurgia maxillo-facciale, in chirurgia vascolare e in cardiochirurgia di materiali metallici, ceramici, plastici, sostitutivi di parti corporee rigide o articolate, occorre rilevare come nessuno dei materiali utilizzati sia da ritenersi inerte per l'organismo vivente e come, d'altra parte, non esista in Italia alcuna regolamentazione sull'impiego di materiali di impianto, nè sia obbligatoria una loro accurata analisi di tossicità o cancerogenicità.

Esistono tuttavia tecniche per mezzo delle quali è possibile valutare i vari materiali e distinguere quelli che non dovrebbero essere usati da quelli che possono essere usati con soddisfacente margine di sicurezza: il laboratorio dell'istituto Rizzoli ha già un'esperienza pluriennale in questa attività di ricerca.

Gli obiettivi del programma-speciale in questo settore, da attuarsi in fasi successive, di seguito indicate in ordine temporale, sono quelli di:

definire le ricerche necessarie e le metodologie relative per stabilire i requisiti di tollerabilità di materiali utilizzati in chirurgia (ortopedica, odontostomatologica, maxillo-facciale, otorinolaringoiatrica, plastica e cardiovascolare);

provvedere alla raccolta, sulla base di una rete organizzata che comprenda le strutture ospedaliere regionali, di tutti i dati clinici, istopatologici, strutturistici relativi ai casi in cui si è dovuto intervenire chirurgicamente per rimuovere materiale non tollerato;

compiere ricerche in laboratorio sulla tollerabilità dei principali materiali di impianto utilizzati nella regione;

giungere alla definizione di uno « standard di accettabilità » dei materiali impiegati.

E' affidato al laboratorio dell'istituto Rizzoli (che a tal fine dovrà essere adeguatamente potenziato) il compito di promuovere, coordinare e, per quanto di competenza, direttamente realizzare il programma sopraesposto.

Successivi obiettivi, in una prospettiva che vada oltre il periodo di validità del primo piano sanitario regionale, potranno realizzarsi attraverso lo sviluppo di forme di collaborazione con le facoltà di ingegneria e con il centro delle ceramiche del C.N.R. di Faenza, per lo studio e la progettazione di nuovi materiali che assicurino una maggiore compatibilità biologica.

7. LE RICERCHE ISTOPATOLOGICHE, IMMUNOLOGICHE, DI TERAPIE COMBINATE NEL CAMPO DEI TUMORI OSSEI.

L'ampia casistica istopatologica raccolta al centro tumori dell'istituto Rizzoli ed il suo costante aggiornamento consentono di compiere studi sull'epidemiologia in Italia dei tumori dello apparato locomotore.

La ricerca immunologica, mirante alla produzione di anticorpi monoclonali verso antigeni specifici presenti nell'osteosarcoma, offre importanti prospettive diagnostiche di controllo dell'efficacia della terapia e di messa a punto di terapie mirate nelle varie fasi di progressione della malattia.

L'obiettivo che si pone in questo settore è quello dell'allestimento di colture in vitro di cellule tumorali umane prelevate dal sangue periferico o dal pezzo operatorio per studiare le caratteristiche immunologiche e biochimiche dei diversi tumori ossei, al fine di una terapia mirata.

A tal fine va ulteriormente potenziata e qualificata l'attività in questa direzione da parte dell'istituto Rizzoli e vanno estese le collaborazioni con istituti di ricerca nel settore della cancerologia e della ricerca immunologica.

8. IL FINANZIAMENTO.

Il finanziamento del presente programma è assicurato attraverso i fondi finalizzati alla spesa corrente a destinazione vincolata ed ammonta a L. 700 milioni per l'anno 1981, a L. 700 milioni per l'anno 1982 e a L. 657 milioni per l'anno 1983; tale finanziamento è in particolare indirizzato ad assicurare da un lato il potenziamento quanti-qualitativo della dotazione di personale delle diverse strutture interessate, dall'altro l'adeguamento tecnologico delle attrezzature e la realizzazione delle modifiche strutturali che si renderanno necessarie.

Occorre inoltre segnalare che, nel corso del triennio di validità del piano, potranno essere destinati ulteriori finanziamenti alle attività ricomprese nell'ambito della ricerca finalizzata.

ALLEGATO N. 10

STRUTTURA ORGANIZZATIVA, AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO, UBICAZIONE E DIMENSIONAMENTO DEI PRESIDI E DEI SERVIZI DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI.

NOTE ESPLICATIVE

1. Nei successivi quarantuno prospetti sono rappresentati, come previsto dall'art. 12 della presente legge, la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi di ciascuna unità sanitaria locale per lo svolgimento delle funzioni sanitarie di cui alle leggi regionali 18 maggio 1979, n. 14 e 3 gennaio 1980, n. 1.

Le indicazioni sono riferite al termine del triennio 1981-83 e costituiscono il programma da realizzare gradualmente entro il periodo di validità del piano, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

2. Per quanto concerne le funzioni di igiene pubblica, le indicazioni contenute nei prospetti debbono essere correlate con quanto stabilito nel corrispondente progetto-obiettivo e potranno essere ulteriormente precisate in relazione alle disposizioni regionali di attuazione dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. In particolare, in ogni unità sanitaria locale, anche laddove non è espressamente indicato nei corrispondenti prospetti, potrà essere prevista una articolazione territoriale dei servizi di igiene pubblica.

Il servizio di igiene pubblica, tra i cui presidi figura quello di medicina sportiva, svolge le prestazioni integrative di dimensione provinciale, secondo quanto previsto dall'art. 8 della legge regionale 5 maggio 1980, n. 32.

3. Per quanto concerne le funzioni di igiene, profilassi e assistenza veterinaria, le indicazioni contenute nei prospetti potranno essere ulteriormente precisate in relazione alle disposizioni regionali di attuazione dell'art. 16 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. In particolare, dovrà prevedersi una articolazione territoriale delle funzioni veterinarie, realizzando le necessarie interrelazioni funzionali con l'organizzazione territoriale dei servizi di igiene pubblica.

Per quanto riguarda infine la determinazione delle modalità di coordinamento delle funzioni veterinarie, svolte dalle unità sanitarie locali, con l'organizzazione decentrata dell'istituto zooprofilattico sperimentale di Brescia, si rinvia alle disposizioni nazionali e regionali in materia.

4. Per quanto concerne le funzioni di tutela della salute nei luoghi di lavoro, le indicazioni contenute nei prospetti debbono essere correlate con quanto stabilito dal corrispondente progetto-obiettivo e da quello relativo all'igiene pubblica nonchè con le disposizioni della legge regionale 22 ottobre 1979, n. 33.

5. L'individuazione dei presidi « laboratorio di igiene ambientale » e « presidio multizonale di prevenzione » contenuta nei prospetti sia all'interno delle funzioni di igiene pubblica che all'interno delle funzioni di tutela della salute nei luoghi di lavoro, significa che entrambi i servizi — igiene pubblica e medicina preventiva e igiene del lavoro — si avvalgono degli stessi presidi, ferma restando l'appartenenza del laboratorio di igiene ambientale al servizio di igiene pubblica. Analogamente, l'indicazione del « presidio per la disinfezione, disinfestazione e zooprofilassi » contenuta nei prospetti sia all'interno delle funzioni di igiene pubblica che all'interno delle funzioni di igiene, profilassi e assistenza veterinaria, significa che entrambi i servizi — igiene pubblica e veterinaria — si avvalgono dello stesso presidio, ferma restando l'appartenenza del presidio per la disinfezione, disinfestazione e zooprofilassi al servizio di igiene pubblica.

Sino all'entrata in vigore delle leggi regionali di attuazione degli articoli 18 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le funzioni del presidio multizonale di prevenzione sono prevalentemente esercitate dagli attuali laboratori provinciali di igiene e profilassi.

6. Per quanto concerne le funzioni di igiene mentale e assistenza psichiatrica, le indicazioni contenute nei prospetti sono formulate anche con riferimento alle previsioni dei piani psichiatrici comprensoriali, approvati dalla Regione ai sensi della legge regionale 31 luglio 1978, n. 25. Anche nelle unità sanitarie locali per le quali non è contenuta specifica indicazione nei corrispondenti prospetti, potrà essere prevista una articolazione territoriale del servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica.

La denominazione contenuta nei prospetti « presidio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura » indica i servizi ospedalieri di cui al quinto comma dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le indicazioni circa il numero degli utenti delle comunità protette e dei gruppi appartamento sono da intendersi come previsioni di larga massima.

7. Per quanto concerne le funzioni di tutela sanitaria e sociale della procreazione libera e responsabile, della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva e dell'assistenza alla famiglia, le indicazioni contenute nei prospetti debbono essere correlate con quanto stabilito dal corrispondente progetto-obiettivo e con le disposizioni della legge regionale 10 giugno 1976, n. 22.

In particolare:

le attività specialistiche ambulatoriali extra-ospedalierie pediatriche devono intendersi collocate nell'ambito dell'attività dei consultori pediatrici fino al completamento dell'estensione dell'assistenza pediatrica di base, ai sensi di quanto previsto in materia dagli accordi nazionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

le attività specialistiche ostetrico-ginecologiche devono essere assicurate a livello distrettuale nell'ambito di una organizzazione unitaria facente capo ai consultori familiari, al servizio di cui all'art. 27 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1 e al dipartimento materno-infantile, tenendo conto dell'opportunità di unificare tali attività anche dal punto di vista logistico.

Tra le funzioni di competenza del servizio di cui all'art. 27 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1, sono comprese quelle di medicina scolastica.

La denominazione contenuta nei prospetti « presidio per l'approfondimento diagnostico degli handicaps dell'infanzia » indica il presidio a cui è affidato l'esercizio delle funzioni previste dal secondo comma dell'art. 16 della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14. Il numero delle strutture e degli utenti dei « presidi residenziali e/o semiresidenziali per handicappati gravi in età evolutiva » e il numero di « gruppi appartamento o famiglia » costituiscono previsioni di larga massima.

8. Per quanto concerne le forme di integrazione previste dall'art. 8, comma secondo, lettere *d*) ed *e*) della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14 relativamente al coordinamento delle funzioni sanitarie con l'attività dei servizi sociali e degli stabilimenti termali pubblici con le altre strutture sanitarie, si fa riferimento, rispettivamente, all'allegato n. 2 «Tutela della salute delle persone anziane» e all'allegato n. 11 «Termalismo terapeutico» della presente legge.

9. L'esplicazione delle funzioni con ambito territoriale di riferimento superiore al distrettuale è comprensiva delle prestazioni erogabili ai livelli territoriali inferiori.

L'ubicazione delle funzioni specialistiche ambulatoriali in sede ospedaliera o extra-ospedaliera è riferita alla collocazione strutturale ed è suscettibile di variazione, da parte delle unità sanitarie locali, nel corso del triennio di validità del piano.

Per quanto riguarda l'attività specialistica ambulatoriale «malattie del ricambio e diabetologia», dovranno essere definiti, nel corso del triennio di applicazione del piano, specifici programmi regionali e locali di intervento che, oltre ad indicare le modalità di coordinamento ai diversi livelli della suddetta attività dovranno precisare i modelli organizzativi ed il tipo di prestazioni da assicurarsi nelle singole unità sanitarie locali.

Le attività specialistiche ambulatoriali sono dimensionate secondo gli standards orientativi riportati nelle seguenti tabelle 1 e 2.

Tabella 1

STANDARDS ORIENTATIVI PER IL DIMENSIONAMENTO DELLE ATTIVITÀ SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

(*Omissis*).

Tabella 2

PRESTAZIONI SANITARIE DI NORMA EROGABILI A LIVELLO DI DISTRETTO PER SINGOLE ATTIVITÀ SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

(*Omissis*).

10. Per quanto concerne le funzioni di assistenza ospedaliera, nei prospetti sono riportate le funzioni di base, escluse quelle esterne, e le funzioni multizonali previste dalle tabelle 3 e 4 allegate alla legge regionale 18 maggio 1979, n. 14.

Relativamente a competenze, interrelazioni e modalità organizzative di tali funzioni, si fa riferimento alle annotazioni contenute nelle sopracitate tabelle.

10.1. In merito alle funzioni esterne, per quanto riguarda la organizzazione di poliambulatori e dei day-hospitals, occorre fare riferimento alle indicazioni, contenute nei prospetti, relative alle attività specialistiche ambulatoriali; la loro organizzazione è assicurata dal servizio di cui all'art. 29 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1.

Per quanto riguarda le attività di controllo donatori e raccolta sangue si fa riferimento alle previsioni del programma speciale «Organizzazione della raccolta, della distribuzione e dell'utilizzo del sangue umano» di cui all'allegato n. 7 della presente legge.

Per quanto riguarda infine l'attività di trasporto degli infermi, essa è ricompresa nell'ambito delle funzioni afferenti al dipartimento di emergenza, secondo quanto previsto dalla tabella 6 allegata alla legge regionale 18 maggio 1979, n. 14 e riguarda sia la gestione dei mezzi mobili per l'emergenza sia il coordinamento del trasporto infermi nelle altre situazioni.

10.2. Le funzioni «pronto soccorso-accettazione» e «astanteria», per le quali non è stata indicata la struttura organizzativa, sono articolate secondo il modello dipartimentale di cui alla tabella 6 allegata alla legge regionale 18 maggio 1979, n. 14. Nelle unità sanitarie locali dotate di più stabilimenti ospedalieri, l'attività di accettazione ordinaria può essere svolta anche presso stabilimenti diversi da quello nel quale è ubicata l'attività di pronto soccorso. Presso tali stabilimenti può essere altresì assicurata una attività di pronto intervento per le urgenze mediche e di piccola chirurgia trattabili ambulatorialmente.

10.3. La funzione di «farmacia» è assicurata nell'ambito della organizzazione dell'assistenza farmaceutica di competenza del servizio di cui all'art. 29 della legge regionale 3 gennaio 1980, n. 1. L'attività specifica di tale servizio è svolta anche attraverso presidi preposti alla funzione di farmacia in ambito ospedaliero.

10.4. Le funzioni ospedaliere di base ricomprese nei sottosistemi delle «funzioni sanitarie generali» e delle «funzioni di diagnosi e cura» di cui alla legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, sono previste nei prospetti solo se corrispondono a modelli organizzativi contemplati dalla vigente legislazione ospedaliera e qualora, ad esse, sia assegnato un bacino di utenza corrispondente a quello stabilito dalla citata legge n. 14.

Nei prospetti relativi alle unità sanitarie locali in cui tali funzioni non sono espressamente indicate, le prestazioni sono assicurate in forma ambulatoriale o attraverso corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali limitrofe.

10.5. Alle funzioni di assistenza ospedaliera di «geriatria», «ortopedia e traumatologia» e «pediatria» è assegnato un ambito di riferimento di unità sanitaria locale in quanto funzioni di base, ma debbono essere considerate operanti per un bacino di utenza non inferiore, di norma, ai 120.000 abitanti secondo le previsioni della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14. Pertanto le strutture ospedaliere delle unità sanitarie locali nelle quali siano ubicate tali funzioni debbono svolgere attività assistenziale anche a favore della popolazione delle unità sanitarie locali limitrofe che ne sono sprovviste.

10.6. La «struttura organizzativa» delle funzioni ospedaliere è indicata secondo le denominazioni previste dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e nell'osservanza dei limiti quantitativi inferiori e superiori fissati da tale normativa per quanto si riferisce alla configurazione delle divisioni e delle sezioni. Tali denominazioni sono quindi attribuite secondo il seguente schema di riferimento:

divisione: quando la funzione sia dimensionata in 30 o più posti letto;

sezione: quando la funzione sia dimensionata in almeno 15 e in meno di 30 posti letto;

servizio: quando si tratti di funzione senza posti letto ovvero ad essa siano assegnati letti cosiddetti «tecnici».

10.7. Nei prospetti relativi alle unità sanitarie locali nel cui territorio hanno sede facoltà di medicina e chirurgia, le indicazioni che si riferiscono alle funzioni di assistenza ospedaliera, alla loro struttura organizzativa e al loro dimensionamento ricomprendono anche le strutture universitarie che svolgono funzioni assistenziali, provvisoriamente assimilate, sotto il profilo organizzativo, a quelle ospedaliere, in attesa della stipulazione delle convenzioni di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 anche ai sensi dell'art. 19 della presente legge; con tali convenzioni saranno altresì individuate le strutture a direzione universitaria.

10.8. La struttura organizzativa della funzione ospedaliera di «cardiologia», ubicata e dimensionata secondo le norme della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14, dovrà essere compiutamente definita in relazione agli obiettivi ed ai contenuti di un aggiornato programma regionale per la riorganizzazione dell'assistenza cardiologica a tutti i livelli da adottare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge. In sede di prima attuazione delle determinazioni del piano costituisce obiettivo minimo la previsione delle strutture cardiologiche ospedaliere indicate nella citata legge regionale n. 14/1979.

10.9. Le funzioni di assistenza ospedaliera per le quali nei prospetti è indicato un ambito territoriale di riferimento «regionale» corrispondono a quelle elencate come «funzioni ospedaliere di ambito sovraprovinciale» nella tabella 5 allegata alla legge regionale 18 maggio 1979, n. 14.

10.10. Il dimensionamento delle funzioni ospedaliere di «nefrologia e dialisi» è riferito esclusivamente al numero dei posti letto per l'attività nefrologica; per quanto riguarda le previsioni di unità dialitiche per le attività di emodialisi, le indicazioni sono contenute nel programma speciale «Organizzazione delle attività emodialitiche e di trapianto renale» di cui all'allegato n. 6 della presente legge.

10.11. Nei prospetti in cui non è indicata la funzione di «medicina legale» in quanto non prevista come servizio autonomo, le corrispondenti funzioni ospedaliere sono assicurate dal servizio di igiene pubblica dell'unità sanitaria locale territorialmente competente.

10.12. Le funzioni di «oncologia» saranno compiutamente definite sulla base di specifici programmi regionali da adottare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge anche con riferimento a programmi nazionali. I programmi regionali dovranno, in particolare, provvedere alla riorganizzazione degli

interventi di carattere preventivo e indicare il tipo di prestazioni da assicurare da parte delle unità sanitarie locali, nonché i modelli organizzativi e le forme di coordinamento tra le attività di prevenzione, di diagnosi e cura e di ricerca. A tal fine le attività specialistiche svolte presso presidi, servizi e strutture che fanno capo alla unità sanitaria locale n. 28 saranno individuate come centro regionale di riferimento per l'attuazione dei suddetti programmi.

Il dimensionamento in posti letto delle funzioni ospedaliere di « oncologia » è comprensivo del fabbisogno di posti letto delle funzioni ospedaliere di « medicina nucleare » e di « radioterapia » secondo le previsioni della legge regionale 18 maggio 1979, n. 14. La assegnazione dei posti letto di specifica competenza delle funzioni ospedaliere di « medicina nucleare » e di « radioterapia » deve avvenire secondo obiettive esigenze determinate a livello delle unità sanitarie locali sede delle suddette funzioni.

10.13. La funzione di « tecnologie biomediche » comprende le attività volte all'analisi delle attrezzature sanitarie, alla definizione di standards di utilizzazione delle stesse in rapporto alla loro complessità nonché alla loro manutenzione ordinaria. Tale attività costituisce altresì supporto all'elaborazione di programmi per l'uso ottimale, a fine assistenziale, di attrezzature tecnologicamente complesse, nonché allo sviluppo della ricerca in materia.

10.14. Le esigenze di integrazione dell'assistenza ospedaliera pubblica mediante il ricorso a convenzioni con case di cura private sono indicate nei prospetti, per ciascuna unità sanitaria locale, evidenziando il numero massimo dei posti letto convenzionabili, secondo le disposizioni della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2. Per quanto riguarda il numero dei posti letto convenzionabili presso case di cura private ad indirizzo psichiatrico, l'indicazione contenuta nei prospetti non è necessariamente da riferirsi a case di cura ubicate nell'ambito territoriale di competenza della unità sanitaria locale.

Le indicazioni relative al convenzionamento sono riferite, così come previsto al secondo comma dell'art. 12 della presente legge, agli obiettivi da conseguire entro il termine di validità del piano. Per il raggiungimento di tali obiettivi le convenzioni, che saranno stipulate dalle unità sanitarie locali con la durata prevista dalla richiamata legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2, dovranno gradualmente rientrare, relativamente al numero di posti letto, nei limiti fissati per ciascuna funzione ospedaliera.

Tenuto conto della particolare tipologia organizzativa delle case di cura private, l'indicazione della eventuale integrazione con posti letto convenzionati di medicina generale e di chirurgia generale può essere riferita a tutte le unità funzionali che svolgono nell'ambito dei raggruppamenti di medicina e di chirurgia attività riconducibili all'area medica o chirurgica.

La realizzazione del ridimensionamento del numero dei posti letto privati convenzionati è correlata con quanto stabilito dal terzo comma dell'art. 13 della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2, secondo il quale la giunta regionale, sentita la commissione consiliare sicurezza sociale, in relazione alle previsioni, alle fasi di attuazione ed agli eventuali aggiornamenti annuali del piano sanitario, formula indicazioni per la trasformazione e la riconversione delle case di cura private.

(*Seguono quarantuno prospetti riguardanti la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi di ciascuna unità sanitaria locale che vengono omessi*).

ALLEGATO N. 11

TERMALISMO TERAPEUTICO

1. Con la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale le prestazioni termali sono entrate a far parte delle prestazioni sanitarie che, secondo i piani sanitari nazionali e regionali, devono essere erogate dal servizio sanitario.

Viene così definito un ruolo organico del termalismo terapeutico nell'attività di tutela globale della salute dei cittadini.

Ciò crea per tutto il settore del termalismo condizioni nuove e determina l'esigenza di un rapporto diverso tra gli stabilimenti, le aziende termali e la complessiva realtà sanitaria.

Il quadro termale nazionale si trova pertanto nella necessità di porsi obiettivi e prospettive che realizzino compiutamente questo nuovo ruolo e lo finalizzino agli aspetti emergenti dal servizio sanitario nazionale

Tale esigenza ha nella regione Emilia-Romagna particolare rilevanza, in relazione alla presenza e alle dimensioni dell'attività termale, sia per il numero degli stabilimenti termali esistenti sia per la diffusa richiesta di prestazioni da parte dell'utenza regionale ed extra-regionale.

2. Una precisa identificazione e definizione del patrimonio, delle strutture e delle funzioni dei centri termali sta alla base di un programma globale sul termalismo ed è il presupposto per una linea di qualificazione e di sviluppo che impegni le componenti che sono determinanti nei diversi aspetti, sanitario, sociale ed economico dei territori termali.

Questo impegno ed il conseguente indirizzo devono realizzarsi mediante l'elaborazione di « un progetto terme » all'interno del piano poliennale.

Nella specifica situazione dell'Emilia-Romagna questo insieme di obiettivi fa riferimento ad un quadro termale che è stato chiaramente identificato nei suoi aspetti qualitativi e quantitativi attraverso un censimento ed una analisi che ne danno connotati sanitari, storici ed economici sufficientemente precisi.

Un quadro globale di riferimento per il termalismo non può peraltro esaurirsi esclusivamente attraverso le indicazioni del piano sanitario regionale. Occorrono ulteriori e più complesse azioni di programmazione che sono individuate dal piano poliennale della regione.

3. Il termalismo dell'Emilia-Romagna è caratterizzato da una situazione idrogeologica fondamentale omogenea. Le condizioni di formazione geologica del patrimonio termale e la sua dislocazione geografica sul territorio regionale appartengono generalmente al quadro di una situazione pedeappenninica ed appenninica di sedimentazioni marine di diverse ere geologiche, in cui le emergenze termali presentano due gruppi principali di acque, quelle salsobromoiodiche e quelle sulfuree, isolate o miste, cui si aggiungono alcuni episodi di acque ipertermali e alcaline.

La consistenza e la qualità dell'assetto termale regionale hanno un rapporto datato e documentato con antiche e diversificate esperienze sul piano terapeutico.

Il passaggio, nel periodo moderno, dall'empirismo all'approfondimento scientifico del rapporto tra termalismo e salute ha portato all'estensione della domanda termale ed ha dato vita alle attuali tipologie sanitarie e urbanistico-ricettive dei centri termali emiliano-romagnoli.

Questi ultimi si sono progressivamente qualificati nelle direttrici terapeutiche corrispondenti alle prevalenti tipologie delle acque salsobromoiodiche e sulfuree, con alcune eccezioni alcaline e ipertermali, e si collocano in una area di prestazioni che riguardano fondamentalmente le affezioni dell'apparato locomotore, di quello respiratorio, oltre che nell'ambito della ginecologia e della dermatologia.

Sono sedici i territori termali, distribuiti in prevalenza lungo la fascia pedeappenninica, in corrispondenza con un insieme omogeneo di unità sanitarie locali.

A questo quadro regionale appartiene forse la più multiforme organizzazione termale presente sul piano nazionale sia per le dimensioni che per l'utenza.

Sui territori termali insiste un rilevante nucleo di stabilimenti pubblici, patrimonio dei Comuni secondo le previsioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed una presenza significativa di stabilimenti privati (tabella 1).

In definitiva ci si trova di fronte ad un patrimonio, ad una struttura e ad una cultura che, entrate storicamente nella tutela della salute, sono ora collocati istituzionalmente nelle problematiche del servizio sanitario nazionale.

4. La programmazione sanitaria regionale persegue la maggiore qualificazione dell'intervento sanitario termale e la sua integrazione con gli altri interventi sanitari.

La qualificazione degli stabilimenti termali si collega necessariamente al progetto di classificazione che a livello nazionale dovrà essere definito secondo orientamenti omogenei; a livello regionale, la legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2, avvia comunque, anche in carenza di provvedimenti nazionali, il processo di qualificazione delle strutture termali.

L'obiettivo indicato dal secondo comma dell'art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e cioè quello di promuovere la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici in particolare nel settore della riabilitazione, e di favorire la valorizzazione sotto il profilo sanitario delle altre aziende termali, può essere pertanto raggiunto attraverso la legislazione regionale e la programmazione sanitaria.

In attesa della definizione delle caratteristiche funzionali delle aziende termali e del completamento dell'attuazione dell'art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, stante l'elevato e ampiamente distribuito numero degli stabilimenti termali esistenti, non si dovrà pervenire, nell'arco del triennio di validità del piano sanitario regionale, ad autorizzare l'apertura di nuovi stabilimenti termali, né ad autorizzare l'ampliamento delle applicazioni termali erogabili negli stabilimenti in esercizio.

Attraverso la piena attuazione della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2 verranno definite le caratteristiche funzionali cui anche le aziende termali dovranno fare riferimento e si determinerà una maggiore qualificazione dell'intervento sanitario negli stabilimenti termali.

Per quel che riguarda le esigenze di integrazione delle applicazioni termali con altri interventi sanitari, il trasferimento al patrimonio comunale degli stabilimenti termali pubblici rappresenta una garanzia sostanziale per una gestione unitaria e coordinata delle strutture termali con le altre attività delle unità sanitarie locali.

Le unità sanitarie locali dovranno prevedere ed organizzare forme di collegamento ed integrazione funzionale tra gli interventi degli stabilimenti termali e le attività dei presidi e dei servizi sanitari che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative nei settori nei quali più efficace può risultare il ricorso a prestazioni termali e in particolare nei settori del recupero e riabilitazione funzionale, dell'otorinolaringoiatria e della pneumologia.

A tal fine e per quanto attiene alla patologia dell'apparato locomotore attraverso i servizi di recupero e riabilitazione funzionale si dovranno stabilire forme di integrazione funzionale con gli stabilimenti termali collocati negli ambiti territoriali di riferimento.

Per quanto attiene agli stabilimenti termali pubblici dovrà quindi prevedersi un rapporto organico tra le strutture termali e gli altri presidi sanitari ed in particolare con il servizio per il coordinamento dell'attività medica di base e dell'attività specialistica ambulatoriale.

Nel campo della prevenzione e della riabilitazione, il termalismo non dovrà più collocarsi come alternativa «esterna» alle tradizionali linee di intervento sanitario, ma dovrà costituirsi come effettivo intervento integrativo e di supporto alle altre prestazioni sanitarie.

Tale linea di intervento consentirà inoltre di costruire criteri omogenei di fruizione delle prestazioni termali e di utilizzare in modo congruo le strutture termali pubbliche e private, ponendo le basi per uno sviluppo equilibrato e corretto del termalismo.

Attraverso le indicazioni che saranno fornite dall'osservatorio epidemiologico con la collaborazione dei servizi di recupero e riabilitazione funzionale e degli stabilimenti termali, sarà avviata una rilevazione delle informazioni relative alle patologie trattate dagli stabilimenti termali, che ponga le basi di una conoscenza non più episodica degli effetti terapeutici della terapia termale.

5. Le convenzioni per l'erogazione delle prestazioni da parte delle aziende termali sono stipulate dalle unità sanitarie locali, come previsto dall'art. 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dall'art. 31 della legge regionale 8 gennaio 1980, n. 2, in relazione alle necessità dell'assistenza sanitaria e tenendo conto prioritariamente delle strutture già convenzionate.

Le valutazioni di ordine programmatico che dovranno determinare le esigenze di convenzionamento sono diverse.

Tali valutazioni devono essere formulate sulla base del numero e della provenienza di cittadini che fruiscono delle prestazioni, in quanto le convenzioni con le unità sanitarie locali avranno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale.

Infine si dovrà tener conto del profilo peculiare di ciascuna azienda termale e delle prestazioni termali ivi erogabili e cioè anche della specificità terapeutica delle singole acque e conseguentemente delle applicazioni termali delle singole stazioni.

La tabella 1 riporta la attuale situazione delle attività termali, delineata dalla precedente legislazione, e definisce, indicativamente e per grandi linee, le aree termali, la nomenclatura idrologica e l'indirizzo terapeutico ponendosi come punto di riferimento per le unità sanitarie locali per la definizione dei rapporti con gli stabilimenti termali e per la conseguente stipulazione delle convenzioni.

Tabella 1

ATTIVITÀ TERMALI

(*Omissis*).

ALLEGATO N. 12

SPESA CORRENTE QUOTA A DESTINAZIONE VINCOLATA E SPESA IN CONTO CAPITALE PER IL TRIENNIO 1981-83

(*Omissis*).

ALLEGATO N. 13

FINANZIAMENTO DEI PROGETTI-OBIETTIVO E DEI PROGRAMMI SPECIALI PER LA PARTE DI SPESA CORRENTE, QUOTA A DESTINAZIONE VINCOLATA NEL TRIENNIO 1981-83.

(*Omissis*).

(1112)

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA, piazza G. Verdi, 10; presso le librerie concessionarie di: BARI, via Sparano, 134 — BOLOGNA, piazza dei Tribunali, 5/F — FIRENZE, via Cavour, 46/r — GENOVA, via XII Ottobre, 172/r — MILANO, Galleria Vittorio Emanuele, 3 — NAPOLI, via Chiaia, 5 — PALERMO, via Ruggero Settimo, 37 — ROMA, via del Tritone, 61/A — TORINO, via Roma, 80 e presso le librerie depositarie nei capoluoghi di provincia. Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato — Direzione Commerciale — Piazza G. Verdi, 10 — 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio Inserzioni — Piazza G. Verdi, 10). Le suddette librerie concessionarie possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano e accompagnati dal relativo importo

La Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee è in vendita presso l'agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, piazza G. Verdi n. 10 Roma, e presso le Librerie Concessionarie speciali sopra indicate

ERNESTO LUPO, *direttore* DINO EGIDIO MARTINA, *redattore*

Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S. (c. m. 411100810660)